

○保護者記入欄

ふりがな		性別	生年月日	年齢
児童氏名		男・女	年 月 日	歳 か月
健康の状況	・のどがゼイゼイしやすい (はい・いいえ) ・鼻血が出やすい (はい・いいえ) ・肘や肩がはずれたことがある (はい・いいえ) [部位:] ・目や耳に関して心配なことがある (はい・いいえ) [部位:] ・ひきつけ・けいれんをおこしたことがある (はい・いいえ) [歳の時] ・健診・受診で問題を指摘されたことがある (はい・いいえ) [指摘されたこと:] ・飲んでいくすりがある (はい・いいえ) [何の薬:] [薬品名:] ・平熱 (°C)			
既往歴	・今までにかかった大きな病気はありますか。または大きなケガをしたことがありますか。 (はい・いいえ) (診断名)			
	・今までに入院したことがある病気やケガ、受けた手術などがありましたらご記入ください。 (診断名) (医療機関名) 日間入院			
予防接種	☐インフルエンザ菌 b 型 (Hib) (1・2・3・追) ☐小児肺炎球菌 (1・2・3・追) ☐B 型肝炎 (1・2・3) ☐四種混合 (1・2・3・追) ☐五種混合 (1・2・3・追) ☐BCG ☐MR (1・2) ☐水ぼうそう (1・2) ☐日本脳炎 (1・2・追) ☐おたふくかぜ ☐ロタウイルス 1 価 (1・2) ☐ロタウイルス 5 価 (1・2・3) ☐インフルエンザ ☐その他のワクチン []			
・アレルギーはありますか。(はい・いいえ) ・医師の診断を受けていますか。(はい・いいえ) (症状: 喘息・湿疹・じんましん・下痢・チアノーゼ・その他) ・食物アレルギーはありますか。(はい・いいえ) ・家族の方の食物アレルギーはありますか (はい・いいえ) (乳類・卵類・豆類・そば類・小麦・その他) ・授乳 母乳 ミルク 混合 牛乳) ・食事の形状 幼児食 乳児食 離乳食 1 (5.6 か月) 2 (7.8 か月) 3 (9~11 か月) 4 (12~18 か月) ・メニュー確認チェック _____) ・お子さんの様子で気になる事や、症状がありましたらご記入ください。				

○医師記入欄

身長	cm	特記事項・その他医師所見
体重	kg	
頭囲	cm	
胸囲	cm	

上記診断の通り相違ないことを証明します。

年 月 日

所在地
医療機関名
医師名

印

※医療機関に母子健康手帳持参のうえ、健康診断を受けて下さい。