

健康チェック票

記入日：令和 年 月 日

保護者氏名			
様			
(ふりがな) お子様の名前		性別 男 ・ 女	生年月日 平成・令和 年 月 日
かかりつけ医(病院)名			
医院			
出生・出産	出産状況 自然分娩・帝王切開・早産 (10 か月)		
	出生時体重	g	妊娠週数 週
発達	首のすわり	歳 か月頃	おむつが外れた時期 歳 か月頃
	ハイハイ	歳 か月頃	離乳した時期 歳 か月頃
	一人歩き	歳 か月頃	言葉を話し始めた時期 歳 か月頃
予防接種	4種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ) 未・(1・2・3・4回)		インフルエンザ菌b型(Hib) 未・(1回・2回・3回・4回)
	日本脳炎	1回 ・ 2回	BCG 未 ・ 済
	麻疹・風疹	未 ・ 済	おたふく 未 ・ 済
	小児用肺炎球菌	未 ・ 済	水疱瘡 未 ・ 済
	B型肝炎	未 ・ 済	その他
感染症暦	麻疹	未 ・ 済	水疱瘡 未 ・ 済
	風疹	未 ・ 済	おたふく 未 ・ 済
これまでにかかった病気など (病名・年齢)			
注意が必要な持病 (例：アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎)			
現在の健康状態 とても良い・良い・やや悪い・通院中 (病名など )			
その他			

