

健康確認票

児童名 ふりがな			男 ・ 女		令和 年 月 日生 (西暦 年)	
健康診査について	今までに受けた健康診査や育児相談をご記入ください。異常がなかった場合も記入してください					
	受けた健診	年月日	その時言われたこと	受けた健診	年月日	その時言われたこと
	1 か月児			1 歳 6 か月		
	3 ～ 4 か月児			3 歳児		
	6 ～ 7 か月児			4 歳児		
	9 ～ 1 0 か月児			5 歳児		
病気等について	今までかかったことのある病気についてご記入ください。					
	病名	年齢（歳）	病名	年齢（歳）	病名	年齢（歳）
	麻疹（はしか）		風しん		肺炎	
	水痘（みずぼうそう）		百日咳		ぜんそく	
	おたふくかぜ		突発性発疹		心臓病	
	今までに入院したことのある病気やけが、受けた手術などありましたらご記入ください。 (疾患名) (病院名) (入院期間)					
	ひきつけ、けいれんを起こしたことがありますか。 ない・ある→初回（ 歳 か月） 最終（ 歳 か月） 状況とその時の様子（ ）					
	熱性けいれんになったことがありますか。 ない・ある→初回（ 歳 か月） 最終（ 歳 か月） 状況とその時の様子（ ）					
関節がはずれたことがありますか。 ない・ある→初回（ 歳 か月） 最終（ 歳 か月） 肘・肩・その他（ ） 右・左						
その他かかった病気、大きなけがをしたことはありますか。						
今までの保育	今までの保育にあたっていた方はどなたですか（○で囲んでください） ・家庭の保育 【 母 ・ 父 ・ 祖母 ・ 祖父 ・ その他（ ）】 ・集団の保育 （保育園名 他 ）					

現在のお子さんの発育のことで何か気になること、伝えておきたいこと等がありますか。

- ・ ない
- ・ ある（なるべく詳しく書いてください）

体
質
と
く
せ

次の中から当てはまる番号に○をつけてください。

1. 湿疹がやすい
2. 食物アレルギーがある（卵・牛乳・小麦・他（ ））
3. 今まで医師から一度でも「心臓がわるい」「心雑音がある」「脈が乱れている」「川崎病」等
言われたことがある
4. 虫刺されのあとがひどく腫れる
5. 下痢しやすい、便秘しやすい
6. 食べたものを吐きやすい
7. 鼻血がやすい
8. 指しゃぶり、爪噛みをする
9. 性器をいじる
10. その他のくせ（ ）

健 診 欄 貼 り 付 け

予 防 接 種 貼 り 付 け

母子手帳の健診欄（最新のもの）と予防接種のページ

のコピーを枠内に張り付けてください。