

病	平熱	℃		血液型	型		
	保険証	種類	記号		番号		
	かかりつけ の医院名	医院名	電話				
		歯科医院名	電話				
	今までに 受けた予 防接種と 時期	三種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風）又は四種混合（+ポリオ） ① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日 ④ 年 月 日					
		ポリオ ① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日 ④ 年 月 日					
		H i b ① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日 ④ 年 月 日					
		小児肺炎球菌 ① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日 ④ 年 月 日					
		BCG 年 月 日					
		麻疹 ① 年 月 日 ② 年 月 日			風疹 ① 年 月 日 ② 年 月 日		
日本脳炎 ① 年 月 日 ② 年 月 日			水痘 ① 年 月 日 ② 年 月 日				
その他	① 年 月 日 ② 年 月 日			① 年 月 日 ② 年 月 日			
	① 年 月 日 ② 年 月 日			① 年 月 日 ② 年 月 日			
歴	今までに かかった 病気と時 期	・麻 疹(はしか)(歳) ・風 疹(歳) ・水 痘(歳) ・とびひ(歳) ・百日咳(歳) ・肺 炎(歳) ・耳下腺炎(おたふく)(歳) ・消化不良(歳) ・溶連菌(歳) ・中耳炎(歳) ・手足口病(歳) ・けいれん(1回目 歳 ・ 2回目 歳 ・ 3回目 歳 ・ 最近 歳) その他 ()					
	かかりや すい病気	(手当の方法)		今までに したけが	(その後の経過)		
	持 病			その他	難聴・弱視・その他特記すべき事項		
生	出生地	生育地		主に育てた人			
	出産 状況	分娩	正常・早産又は過期産(妊娠 週)・吸引・帝王切開			第()子	
		体重	g	身長	cm	胸囲	cm
		発育	良い・普通・不良		その他特記事項		
育	発 育 状 況	首がすわる()ヵ月	寝 返 り ()ヵ月	お 座 り ()ヵ月			
		はいはい ()ヵ月	つかまり立ち ()ヵ月	つたい歩き ()ヵ月			
		独り立ち ()ヵ月	歩 行 ()ヵ月				
		始 語 ()ヵ月	生 歯 ()ヵ月				
歴	健 康 状 況	4か月健診 受診した・していない 受診結果 良好・その他		8か月健診 受診した・していない 受診結果 良好・その他			
		10か月健診 受診した・していない 受診結果 良好・その他		1歳児健診 受診した・していない 受診結果 良好・その他			
		1歳半健診 受診した・していない 受診結果 良好・その他		2歳児健診 受診した・していない 受診結果 良好・その他			
		3歳児健診 受診した・していない 受診結果 良好・その他					

子育てや園生活で、気になっていることや不安なことがありましたらお書きください。