

健康記録表

ふりがな		
児童名	(男・女)	
生年月日	年 月 日	血液型

かかりつけ医		
診療科目	病院名	電話番号
内科・小児科		
アレルギー科		
外科		
耳鼻科		
皮膚科		
歯科		

健康状況

入園年月日		年 月 日 (才 ヶ月) 第 子		
出生時の状況	妊娠中の異常	無 有 ()		
	分娩状況	正常 異常 ()		
	在胎週数	週 (ヶ月)		
	出産時の児の状態	体重	g	身長
胸囲		cm	頭囲	cm
異常		無 ()		
検査	先天性代謝異常	異常 なし・あり () ・ 受けていない		
	新生児聴覚スクリーニング	異常 なし・あり () ・ 受けていない		
	その他			
入園時の状況	体温		平熱 °C	最高 °C
	0歳児	栄養	母乳 ヶ月迄 ・ 現在継続中	
			ミルク ヶ月迄 ・ 現在継続中	
			混合 ヶ月迄 ・ 現在継続中	
	吐乳 : よくある 時々 ほとんどない			
	離乳食開始 : ヶ月頃			
	排便	性状 : 硬い 普通 軟らかい (回/日)		
1歳児以上	食事	食事量 : 多い 普通 少ない		
		偏食傾向 ()		
	排便	性状 : 硬い 普通 軟らかい (回/日)		
発達状況	首のすわり	(ヶ月頃)	目で物を追う	(ヶ月頃)
	寝返り	(ヶ月頃)	呼ぶ方向を向く	(ヶ月頃)
	おすわり	(ヶ月頃)	あやすと笑う	(ヶ月頃)
	はいはい	(ヶ月頃)	人見知り	(ヶ月頃)
	つかまり立ち	(ヶ月頃)	物をつかむ	(ヶ月頃)
	伝い歩き	(ヶ月頃)	意味のある単語	(ヶ月頃)
	ひとり歩き	(ヶ月頃)	歯の生え始め	(ヶ月頃)

健康診査	1か月	異常 なし・あり () ・受けていない	
	4か月	異常 なし・あり () ・受けていない	
	10か月	異常 なし・あり () ・受けていない	
	1歳6か月	異常 なし・あり () ・受けていない	
	3歳	異常 なし・あり () ・受けていない	
	歳 か月	異常 なし・あり () ・受けていない	
予防接種	ヒブ(Hib) ① (年 月)	日本脳炎 1期 ① (年 月)	
	② (年 月)	② (年 月)	
	③ (年 月)	追加 (年 月)	
	④ (年 月)	その他 (年 月)	
	肺炎球菌 ① (年 月)	(年 月)	
	② (年 月)	(年 月)	
	③ (年 月)	(年 月)	
	④ (年 月)	(年 月)	
	四種混合 1期 ① (年 月)	(年 月)	
	② (年 月)	(年 月)	
	③ (年 月)	(年 月)	
	追加 (年 月)	(年 月)	
BCG (年 月)	(年 月)		
麻疹風疹混合 1期 (年 月)	(年 月)		
(MRワクチン) 2期 (年 月)	(年 月)		
水痘 ① (年 月)	(年 月)		
② (年 月)	(年 月)		
B型肝炎 ① (年 月)	(年 月)		
② (年 月)	(年 月)		
③ (年 月)	(年 月)		
④ (年 月)	(年 月)		
既往歴	感染症	はしか (年 月)	突発性発疹 (年 月)
		水ぼうそう (年 月)	おたふくかぜ (年 月)
		風疹 (年 月)	(年 月)
		(年 月)	(年 月)

その他の既往歴	0歳						
	1歳						
	2歳						
	3歳						
	4歳						
	5歳						
	痙攣	発症年齢・症状: 対応:					
	アレルギー	病名:					
		原因:					
		症状:					
		対応:					
		受診医療機関と前回受診時期:					
	※該当する項目に○をつけてください	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳
	風邪をひきやすい						
	喉が腫れやすい						
	発熱しやすい						
	ゼーゼー、ヒューヒューしやすい(喘息傾向)						
	下痢をしやすい						
	便秘をしやすい						
	よく腹痛を訴える						
	吐きやすい						
	鼻血を出しやすい						
	湿疹ができやすい(蕁麻疹が出やすい)						
	化膿しやすい						
	中耳炎を起こしやすい						
	[]						
	家族歴 無・有 (例:兄が喘息、父がB型肝炎、母が糖尿病、熱性けいれん など)						
	・アレルギー	・感染症	・その他				
	家族内喫煙 無・有 (父・母・その他)						

健康診断

氏名 _____

0歳	医師所見	・	・	・	・	・	・	・
		なし・あり						
		なし・あり						

		医師所見		医師所見	
1歳	・	なし・あり	・	なし・あり	・
	・		・		
	・		・		
	・		・		
	・		・		
2歳	・	なし・あり	・	なし・あり	・
	・		・		
	・		・		
	・		・		
	・		・		
3歳	・	なし・あり	・	なし・あり	・
	・		・		
	・		・		
	・		・		
	・		・		
4歳	・	なし・あり	・	なし・あり	・
	・		・		
	・		・		
	・		・		
	・		・		
5歳	・	所見： なし・あり	・	所見： なし・あり	・
	・		・		
	・		・		
	・		・		
	・		・		

0歳児身体測定表(年度)

氏名 _____

日付	身長	体重	カウプ指数	備考
4月 日	cm	kg		
5月 日	cm	kg		
6月 日	cm	kg		
日	/	kg	/	
7月 日	cm	kg		
日	/	kg	/	
8月 日	cm	kg		
9月 日	cm	kg		
日	/	kg	/	
10月 日	cm	kg		
日	/	kg	/	
11月 日	cm	kg		
日	/	kg	/	
12月 日	cm	kg		
日	/	kg	/	
1月 日	cm	kg		
2月 日	cm	kg		
日	/	kg	/	
3月 日	cm	kg		
日	/	kg	/	

身体測定表

氏名 _____

1歳 (年度)			2歳 (年度)			3歳 (年度)					
	身長	体重	カウブ 指数		身長	体重	カウブ 指数		身長	体重	カウブ 指数
4月				4月				4月			
5月				5月				5月			
6月				6月				6月			
7月				7月				7月			
8月				8月				8月			
9月				9月				9月			
10月				10月				10月			
11月				11月				11月			
12月				12月				12月			
1月				1月				1月			
2月				2月				2月			
3月				3月				3月			

4歳 (年度)			5歳 (年度)				
	身長	体重	カウブ 指数		身長	体重	カウブ 指数
4月				4月			
5月				5月			
6月				6月			
7月				7月			
8月				8月			
9月				9月			
10月				10月			
11月				11月			
12月				12月			
1月				1月			
2月				2月			
3月				3月			

歯科検診票

氏名 _____

クラス	検診年月日	記入記号										歯の状態							その他疾病および異常	口腔内の汚れ	備考						
		乳歯					永久歯					他															
		現在歯	未処置歯	処置歯	現在歯	未処置歯	処置歯	喪失歯	歯肉炎	不正咬合																	
		・ 現在歯: / ・ 処置歯: ○ ・ 要注意乳歯: × ・ ゆ合歯: (ゆ) ・ サホライド塗布歯: (サ) ・ 未萌出歯: 未記入 ・ 未処置歯: C ・ 要観察歯: CO ・ 喪失歯(永久歯): △ ・ シーラント: (シ) (ゆ) は合わせて1本とする。例: ABで1本とする。 (シ) ×は、健全歯に含む。 (サ) は、未処置歯に含む																									
ひよこ	年月日	上	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	上	左							有	有	多				
		右	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E									下	下	無	無	少		
あひる	年月日	上	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	上	左							有	有	多				
		右	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E									下	下	無	無	少		
りす	年月日	上	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	上	左							有	有	多				
		右	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E									下	下	無	無	少		
ぺんぎん	年月日	上	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	上	左							有	有	多				
		右	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E									下	下	無	無	少		
ぱんだ	年月日	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	上	左							有	有	多			
																						右	E	D	C	B	A
ぞう	年月日	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	上	左							有	有	多			
																						右	E	D	C	B	A

<お薬に関する承諾>

当園では、突発的にけがや発熱・湿疹等の症状がみられた場合、保健室で一時的に対処をするため、下記のお薬について確認をさせていただいております

【下記の質問にお答えください】

1. 今までに、主に市販のお薬(下記の表のもの)でお子さまに合わなかった経験
(塗ったら悪化してしまった など)
なし ・ あり → その時の状況を下記の表に記入してください

2. 保育園で薬の使用が可能かどうか
(すべてのお薬について、表の右端の欄にご記入ください)

お薬の名前	対象とする症状	どんな症状の時に使ったか	使った後の状態	園での使用 (○をつける)
例) タケホワイテ		虫に刺されたとき	かぶれた	可能 不可
ポリベビー	おむつかぶれ・ かゆみ など			可能 不可
タケホワイテ	虫さされ・かゆみ			可能 不可
絆創膏 (カットバン、 OQバン等)	切り傷 等			可能 不可
ワセリン	保湿、傷の保護			可能 不可
冷却シート (冷えピタ等)	発熱、打撲 等			可能 不可

※記載がない場合は対処できませんので、ご了承ください

<災害時の食物アレルギー名札の使用について>

当園では、災害時に食物アレルギーを持つお子さんの誤食を防ぐため、対象のお子さんに対して災害時に名札をつけていただいています。なお、この名札は災害時の避難所等における装着を想定しており、通常の保育中には使用しません(避難訓練時を除く)。

※名札の見本は入園説明会にて提示します

【名札使用について、下記に記載をお願いします】

※名札の使用対象に該当するお子さんは、食物アレルギーについて医療機関を受診し、診断を受けている場合に限りです
(未受診の場合は、かかりつけ医を受診していただくようお願いいたします)

※災害時を想定して、『そば』『魚卵』『ピーナッツ』等、給食で提供されない食物のアレルギーについても、ご回答ください

今後、新たに食物アレルギーを発症した場合には、保健室にお知らせください

その他、ご不明な点については入園説明会にてご相談ください

当てはまるほうにレをつけてください

食物アレルギーはありません

食物アレルギーがありますので食物アレルギー名札が必要です

令和 年 月 日 保護者氏名

印