

①健康調査票

(ふりがな) 氏 名		生年月日		年 月 日		男・女	
初回利用年月日		年 月 日					
出産時の状況							
異常なし・あり()							
第 子・ 週出産・体重 g・身長 cm							
現在の状況(該当箇所には○を記入)							
授乳方法	母乳・人工乳・混合乳	ひとりすわり		普段の体温(平熱) ℃			
		はいはい					
		つかまり立ち					
		ひとり歩き					
既往歴・予防接種(該当箇所記入)							
1, 心臓病(才)		14, けいれん・ひきつけ		B型肝炎	初回	① 年 月 日	
2, 川崎病(才)		(才)			追加	② 年 月 日	
3, 扁桃腺(才)		15, 腎臓病(才)			年 月 日		
4, しょうこう熱(才)		16, 風疹(三日はしか)			年 月 日		
5, ジフテリア(才)		(才)		ロタ	年 月 日		
6, 肝臓病(才)		17, おたふくかぜ			年 月 日		
7, ぜんそく(才)		(才)			年 月 日		
8, 肺炎(才)		18, その他		ヒブ	初回	① 年 月 日	
9, 腸炎(才)		()			追加	② 年 月 日	
10, 気管支炎(才)		(才)		肺炎球菌	初回	① 年 月 日	
11, 水ぼうそう(才)					追加	① 年 月 日	
12, はしか(才)					追加	① 年 月 日	
13, 突発性発疹(才)				四種混合 (ジフテリア・破傷 風・百日 咳・ポリ オ)	1期 初回	① 年 月 日	
1, アデノイド(才)		5, 今まで受けた耳・鼻 やのどの手術			追加	② 年 月 日	
2, 中耳炎 右(才) 左(才)		()			1期追加	③ 年 月 日	
3, 蓄のう症 (才)					年 月 日		
4, その他 () (才)				BCG	年 月 日		
1, 先天性股関節脱臼		5, 湿疹(部位)		麻疹 風疹 (MR)	第1期	年 月 日	
(才)		(才)			第2期	年 月 日	
2, ヘルニア (才)		6, かぶれ		水痘	① 年 月 日		
3, 関節炎 (部位 (日光・絆創膏・その他) (才) ()		(才) ()			② 年 月 日		
4, 骨折 (部位 7, その他() (才)				日本脳炎	1期 初回	① 年 月 日	
8, 今までに受けた外科手術()					1期追加	② 年 月 日	
1, 結膜炎()		その他(健康について)					
2, その他()							
3, 視力障がい 近視(右・左)遠視(右・左) 乱視(右・左)斜視(右・左) 弱視(右・左)							
健診の記録							
1ヶ月健診		未受診・受診(結果:)					
4ヶ月健診		未受診・受診(結果:)					
10ヶ月健診		未受診・受診(結果:)					
1歳半健診		未受診・受診(結果:)					