

健康調査書

2026

児童	ふりがな		生年月日	年	月	日	記録日	年・月・日	年・月・日	年・月・日	年・月・日
	子ども氏名							・	・	・	・
	かかりつけ医	()	医院・病院				クラス				
		()	ドクター				保護者印				
生育歴	妊娠中の異常：無・有 ()										
	出生時体重： g		出産時期：予定通り		日 早かった・遅かった		在胎		週		
	出生時等異常：無・有 () 栄養法： 母乳 ・ 人工 ・ 混合										
	幼児期	首のすわり		お座り		はいはい 寝返り		つかまり立ち		伝い歩き	
予防接種	インフルエンザ菌b型 (Hib)	1回目	2回目	3回目	追加	BCG		済	未	インフルエンザ 2025	未・済
	小児用肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	追加	麻疹・風疹 (MR)		1回目	2回目	インフルエンザ 2026	未・済
	B型肝炎(HBV)	1回目	2回目	3回目		水痘		1回目	2回目	インフルエンザ 2027	未・済
	ロタウイルス	ロタリックス (1価) 1回目・2回目		ロタテック (5価) 1回目・2回目・3回目		日本脳炎		1回目	(3歳)	新型コロナウイルス	
	ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ	1回目	2回目	3回目	追加	おたふくかぜ		1回目	2回目	その他	
既往症	①突発性発疹 オ ヶ月②麻疹 オ ヶ月③水痘 オ ヶ月④風疹 オ ヶ月⑤ヘルパンギーナ オ ヶ月										
	⑥手足口病 オ ヶ月 ⑦流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) オ ヶ月 ⑧肺炎 オ ヶ月 ⑨百日咳 オ ヶ月										
	⑩喘息及喘息様気管支炎 (現在治療中・悪化時のみ治療)										
	⑪熱性けいれん 回数： 回 (最後： 年 月 日) 体温 ()℃以上注意										
入院歴	⑫その他の疾患 ()										
	無・有	(病名： オ ヶ月)					(病名： オ ヶ月)				
(病名： オ ヶ月)					(病名： オ ヶ月)						
	平熱 ()℃										
	常時服用している薬 無・有 (具体的に：)										
	アレルギー 無・有 (具体的に：)										
	薬アレルギー 無・有 (どのような薬 どのような症状：)										
	※アレルギー等で制限している食品があれば、具体的に記入してください										
配慮してほしいこと等あれば、具体的に記入してください											