

健康記録

児童氏名： _____

分娩	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 () <input type="checkbox"/> 早産 (週)	出生時体重	g	出産歴	第 子
既往歴		予防接種			
麻疹	年 月	四種混合	第1期	1回	年 月
水痘	年 月			2回	年 月
百日咳	年 月			3回	年 月
流行性耳下腺炎	年 月		追加	年 月	
風しん	年 月	BCG			年 月
突発性発しん	年 月	MR (麻疹・風しん)	第1期		年 月
川崎病	年 月		第2期		年 月
溶連菌感染症	年 月	日本脳炎	1回目		年 月
	年 月		2回目		年 月
	年 月		追加		年 月
	年 月	インフルエンザ菌 b型 (Hib) ヒブ	1回目		年 月
	年 月		2回目		年 月
体質的な特徴			3回目		年 月
<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい			4回目		年 月
<input type="checkbox"/> 高熱をよく出す (最高発熱 °C)		プレバナー (肺炎球菌)	1回目		年 月
<input type="checkbox"/> 気管支炎になりやすい			2回目		年 月
<input type="checkbox"/> かぶれやすい			3回目		年 月
<input type="checkbox"/> ひきつけ (いつ頃：)			4回目		年 月
<input type="checkbox"/> 脱臼 (部位： いつ頃：)		流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)			年 月
<input type="checkbox"/> 中耳炎		水痘 (みずぼうそう)			年 月
<input type="checkbox"/> 扁桃腺		乳幼児健康診査			
<input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい			受診有無	指導事項	
<input type="checkbox"/> 便秘になりやすい		3~4か月児			
<input type="checkbox"/> ヘルニア (いつ頃：)		6~7ヶ月児			
<input type="checkbox"/> 心雑音		9~10か月児			
<input type="checkbox"/> アレルギーがある		1歳6か月児			
<input type="checkbox"/> その他 ()		3歳児			
アレルギー					
アレルギー性の疾病	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> その他 ()				
アレルゲン	食品 () 薬品 ()				
医師の診断					

清潔	入浴の頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 回	食事	朝食	時頃 誰と ()
	鼻かみ	<input type="checkbox"/> 拭いてあげる <input type="checkbox"/> 自分でできる		昼食	時頃 誰と ()
	洗髪の頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 回		夕食	時頃 誰と ()
	つめ切りの頻度	<input type="checkbox"/> 伸びたら切る <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 回(定期的に)		おやつ	<input type="checkbox"/> 決めている <input type="checkbox"/> 決めていない
	肌着の取替え	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 入浴時のみ		おやつ	1日 <input type="checkbox"/> 回
	手洗いの習慣	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> まだできない		食べ方	<input type="checkbox"/> はしを使える <input type="checkbox"/> フォークを使える <input type="checkbox"/> スプーンを使える <input type="checkbox"/> てづかみ <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう
	歯磨きの習慣	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> まだできない		授乳	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 母乳とミルク
	うがいの習慣	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> まだできない		離乳	か月よりはじめ か月で終了
発育	首のすわり	歳 月	食べ終わるまで 座っている	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	寝返り	歳 月	好きなもの		
	はいはい	歳 月	嫌いなもの		
	人見知り	歳 月	起床	時頃	
	つかまり立ち	歳 月	昼寝	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々	
	歩き始め	歳 月	就寝	時頃	
言葉	意味のある言葉 の話し始め	歳 月	目覚め	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 悪い	
	現在の言葉	<input type="checkbox"/> はっきりしている <input type="checkbox"/> わかりにくい <input type="checkbox"/> 吃音	寝起き	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 悪い	
自立	自分で何かをやり だす	歳 月	寝かし方	<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 添い寝	
	私の通し始め	歳 月	状態	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> パンツ	
	身の回りのこと	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できるが大人がする	排泄	排尿(1人で)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 拭ける <input type="checkbox"/> 拭けない
遊び	1人遊び	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	排便(1人で)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 拭ける <input type="checkbox"/> 拭けない	
	友達と遊ぶ	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	おねしょ	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々	
	好きな遊び		おむつ	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々	
	片付け	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 1人でできない	養育	0歳~1歳までどのような育て方をしましたか <input type="checkbox"/> 寝かせたまま <input type="checkbox"/> おんぶが多かった <input type="checkbox"/> 泣くとすぐに抱いたり、食べ物をあたえた <input type="checkbox"/> その他 ()	
	テレビ	<input type="checkbox"/> よく見る <input type="checkbox"/> 見ない	着脱	保育園に伝えておきたいことがあれば記入してください。	
表現	<input type="checkbox"/> はっきりと言う <input type="checkbox"/> ぐずぐず言う <input type="checkbox"/> 表情で伝える <input type="checkbox"/> 泣いて伝える <input type="checkbox"/> その他 ()				
	脱ぐ	<input type="checkbox"/> 上着 <input type="checkbox"/> スボン <input type="checkbox"/> スカート <input type="checkbox"/> 靴下			
	着る	<input type="checkbox"/> 上着 <input type="checkbox"/> スボン <input type="checkbox"/> スカート <input type="checkbox"/> 靴下			
着脱	ボタン等	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 1人でできない			