

ふりがな		性別	男・女	かかりつけ医	病院名		
児童氏名					住所		
生年月日	年 月 日					年齢	才 カ月
保護者氏名							電話
住 所	大台町				電話	()	

※この書類はあなたのお子さんの健康を守るため、また入園後の健康管理の大事な資料にもなる大切な調査書です。

※入園目的以外には使用せず、慎重に扱いますので、母子手帳などを参考にありのままご記入ください。

※後日記載事項に偽りが判明したときは入園をお断りすることもありますので、下記の欄に正確にご記入ください。

保護者記入欄

出生状況前	妊娠中の異常はあったか（病状・病名・週数）			現在把握している症状・その他	お子さんの平熱（℃） けいれんやひきつけを起こしたことがある（年 月頃） ☐ 熱がでたとき（℃） ☐ 熱のないとき ・ダイアブ座薬使用 有・無 医療機関名			予防接種	B型肝炎			年 月 日
	出生時の状況	分娩週数（）週			食物アレルギー 有・無 現在除去している食品	☐ ロタウイルス ☐ ロタリックス(1価) ☐ ロタテック(5価)			年 月 日			
分娩の状態 ・正常・帝王切開・吸引・鉗子			☐ 五種混合 (DPT-IPV+ヒブ) ☐ 四種混合 (DPT+ポリオ)			年 月 日						
分娩の経過 ・頭位・骨盤位・その他（）						年 月 日						
出生児の状態 ・異常なし ・異常あり						年 月 日						
異常ありの場合 ・仮死 ・チアノーゼ ・その他（）						年 月 日						
体重（g） 身長（cm）						年 月 日						
頭囲（cm） 胸囲（cm）						年 月 日						
出生後の状況	栄養法（母乳・混合・人工乳）				アナフィラキシー症状 有・無 食物以外のアレルギー	ヒブ (四種混合を接種した場合のみ)			年 月 日			
	離乳食開始（カ月）、完了（カ月）					小児用肺炎球菌	年 月 日					
	【身体発達】						年 月 日					
	首のすわり ・ ・ ・ ・ カ月						年 月 日					
	寝返り ・ ・ ・ ・ カ月						年 月 日					
	おすわり ・ ・ ・ ・ カ月					年 月 日						
	はいはい ・ ・ ・ ・ カ月					年 月 日						
	つかまり立ち ・ ・ ・ ・ カ月					年 月 日						
	ひとり歩き ・ ・ ・ ・ 才 カ月					年 月 日						
	意味のある言葉 ・ ・ ・ ・ 才 カ月					年 月 日						
2 語文 ・ ・ ・ ・ 才 カ月			年 月 日									
発育についての心配 有・無			医療機関名		麻疹・風疹 (MR)				年 月 日			
過去及び現在の病気	(例) 麻疹 ○年○月			使えない薬	水痘 (みずぼうそう)			年 月 日				
	(例) 心室中隔欠損 手術 ○年○月			気になる症状	日本脳炎 (1期)			年 月 日				
				備 考				年 月 日				
								年 月 日				
家族の病気	結核性疾患（続柄）							年 月 日				
	肝臓疾患（続柄）							年 月 日				
	・B型肝炎 ・C型肝炎							年 月 日				
								年 月 日				

医師記入欄	体重	kg	開・排制限		皮ふ	医師所見
	身長	cm	ヘルニア		その他	
	脊柱		斜視・斜顎			
	四肢		扁桃腺肥大			医師名