

健康報告書

記入日：令和 年 月 日

フリガナ		性別	生 年 月 日	血液型
児童氏名		男・女	平成・令和 年 月 日生	型
かかりつけ病院	TEL			
出産状況		出生時の体重	g	

発 育 状 況	平均体温	℃	首がすわった時期	平成・令和 年 月頃			
			おむつがとれた時期	平成・令和 年 月頃			
	平均睡眠時間	時間	離乳した時期	平成・令和 年 月頃			
			歩き始めた時期	平成・令和 年 月頃			
			言葉が話せた時期	平成・令和 年 月頃			
予 防	種 類		接種時期	種 類	接種時期		
	三種混合 ・百日咳 ・ジフテリア ・破傷風	1 期 初 回	第1回	/ /	B C G	/ /	
			第2回	/ /		第1回	/ /
			第3回	/ /	日 本 脳 炎	第2回	/ /
		1期追加		/ /		ポリオ（急性灰白髄炎）	
は し か		/ /	ツベルクリン検査		/ /		
接 種	水ぼうそう		/ /	インフルエンザ	第1回	/ /	
	風 し ん		/ /		第2回	/ /	
	おたふくかぜ		/ /	その他（ ）		/ /	
	は し か		/ /	突発性発疹		/ /	
病 歴	水ぼうそう		/ /	手足口病		/ /	
	風 し ん		/ /	とびひ		/ /	
	おたふくかぜ		/ /	その他（ ）		/ /	
	は し か		/ /	突発性発疹		/ /	
起 こ し や す い 症 状 や 病 気	<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> ひきつけ	<input type="checkbox"/> 扁桃炎			
	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 口内炎			
	<input type="checkbox"/> 脱臼	<input type="checkbox"/> その他（ ）					
	アトピー性皮膚炎についての情報						
	アレルギー性鼻炎についての情報						
健 康 状 態	<input type="checkbox"/> とても良い <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 現在通院している [病気・ケガ]		※ 医 師 の 証 明	所見 病院名 医師名 印			
	()			()			

(注) ※印欄は、かかりつけの病院（小児科、内科等）で、現在の健康に関する診断を受診し、医師の証明を受けてください。