

# 生 育 暦

ふりがな 園児名 ( )	入園日 令和 年 月 日	
	記入日 令和 年 月 日	
	平熱	血液型
妊娠中の健康状態	特記事項 無 有 ( )	
出産時の状況	出生体重 g 身長 cm	頭囲 cm
	出産週 週 分娩時の異常有 ( ) 無	
	特記事項 無 有 1. 保育器 ( 日) 2. 交換輸血 3. 光線療法 ( 日) 4. 酸素療法 ( 日) 5. その他 ( ) 経過: ( )	
授乳状況	母乳 人口乳 混合 1. 良く飲む 2. ふつう 3. 少なめ 4. その他 ( )	
離乳状況	開始 ヶ月頃 完了 ヶ月頃 1. 順調に進んだ 2. 順調ではなかった ( )	
発 語	ヶ月頃 (例「マンマー」「ブーブー」など)	
歩 行	ヶ月頃	
その他情緒等	1. 気になる事はとくになかった 2. 泣いていることが多かった 3. 夜泣きが多かった 4. おとなしく寝ていることが多かった (手がかからない) 5. 抱きにくさがあった 6. 小さな音でもすぐ起きてしまった 7. 人見知りはなかった 8. 人見知りが強かった	
<p>体質的なもので該当するものがあれば○で囲んで下さい</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・喘息と診断された (いつ頃: )</li> <li>・扁桃腺肥大がある</li> <li>・中耳炎になりやすい</li> <li>・鼻がつまっていることが多い</li> <li>・鼻血が出やすい</li> <li>・虫に刺されると腫れやすい</li> <li>・化膿しやすい</li> <li>・アトピー性皮膚炎</li> <li>・脱臼しやすい (部位: 最終日: )</li> <li>・熱性けいれんをおこしたことがある ( 無 ・ 有→最終日 )</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>		

# 予防接種状況

ふりがな 園児名 ( )

生年月日 平成 年 月 日  
令和

記入日	1	令和	年	月	日
	2	令和	年	月	日
	3	令和	年	月	日
	4	令和	年	月	日
	5	令和	年	月	日
	6	令和	年	月	日

## <定期接種>

		日本脳炎		M R (麻しん・風しん)					
接種 年月日	1回目	年	月	日	1回目	年	月	日	
	2回目	年	月	日	接種 年月日	2回目	年	月	日
	3回目	年	月	日	既病 年月日		年	月	日
	五種混合 ジフテリア・ポリオ・破傷風・百日せき hib (インフルエンザ菌B型)			水痘 (水ぼうそう)					
	1回目	年	月	日	接種 年月日	1回目	年	月	日
	2回目	年	月	日	既病 年月日	2回目	年	月	日
	3回目	年	月	日			年	月	日
	4回目	年	月	日	B C G			年	月

		小児用肺炎球菌		B型肝炎		ロタウィルス		
接種 年月日	1回目	年	月	日	1回目	年	月	日
	2回目	年	月	日	2回目	年	月	日
	3回目	年	月	日	3回目	年	月	日
	4回目	年	月	日			年	月

## <任意接種>

		耳下腺炎 (おたふく)		
接種 年月日	1回目	年	月	日
	2回目	年	月	日
既病 年月日		年	月	日

		突発性発疹		
既病 年月日		年	月	日

# 現在の健康状態

※毎年配布

ふりがな 園児名 ( )  生年月日 平成 年 月 日 令和	記入日	令和 年 月 日
	クラス名	
	平熱	血液型
かかりつけの医院 小児科 ( TEL ) 外科 ( TEL ) 耳鼻科 ( TEL ) 歯科 ( TEL )		
* 医者に行くような事があった時、かかりつけの医院がなかったり、園より遠い場合は、園の指定医に行く事があります		
現在までにかかった大きな病気と その時期・その後の経過等 (例：H27 熱性けいれん その後今までなし)	[ ]	
ここ1年でかかった 大きな病気 (時期)	[ ]	
現在、長期の通院 経過観察・治療を 必要とする病気	病気名： いつ頃： 対処法：  診断・経過観察している病院： 現在服用している薬：	
ここ1年で アレルギー症状で あると診断されたもの	食物：有 ( ) 無 花粉：有 ( ) 無  薬：有 ( ) 無 消毒用アルコール：有 ・ 無 その他：	
アレルギーの症状	[ ]	
アレルギー反応が出た時の受診医院	[ ]	
アレルギー症状だと 疑った事があれば 様子をお知らせください	例…イチゴを食べたら口の周りが腫れた。赤くなった。かゆがったなど	