

登録番号	-
------	---

墨田区病児保育事業 健康の記録

記入日： 年 月 日

児 童	フリガナ 氏名 (愛称)	男・女	生年月日 年 月 日	
	現在通っている保育園・小学校名等	かかりつけ医等・医療機関名 (電話番号)		
健康保険証	種類 () 記号 番号			
出生 出産時の 状況	分娩の状態	自然分娩 ・ 帝王切開 ・ その他 ()		
	出生時体重	g	在胎期間	週
これまでの 病気	<input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎	治療薬	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 発作時のみ <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 吸入療法	
	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	初回	歳 月	
		最後	歳 月	(これまでに 回)
	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	治療	<input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> のみ薬 <input type="checkbox"/> 塗薬	
<input type="checkbox"/> その他の病気	病名	(入院: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 歳 月)		
	病名	(入院: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 歳 月)		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 食物	食品名		
		食事制限の程度		
	<input type="checkbox"/> 薬	薬品名		
<input type="checkbox"/> 環境	<input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 動物 <input type="checkbox"/> その他 ()			
常備薬	名称	(<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> 吸入)		
	名称	(<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> 吸入)		
予防接種	BCG	未 ・ 済	水ぼうそう	未 ・ 1 ・ 2
	ポリオ <input type="checkbox"/> 不活化 <input type="checkbox"/> 生ワクチン	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加	おたふくかぜ	未 ・ 1 ・ 2
		未 ・ 1 ・ 2	日本脳炎	未 ・ 1 ・ 2 ・ 追加
	<input type="checkbox"/> 三種混合	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加	MR	未 ・ 1期 ・ 2期
	<input type="checkbox"/> 四種混合		その他予防接種	
ヒブ	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加			
小児肺炎球菌	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加			
感染症歴	はしか	未 ・ 済	風疹	未 ・ 済
	水ぼうそう	未 ・ 済	百日咳	未 ・ 済
	おたふくかぜ	未 ・ 済	突発性発疹	未 ・ 済
	その他の感染症			
生活習慣	遊び	好きな遊び		
		好きなおもちゃ		
その他	その他(人見知り、保護者から見た性格等)配慮が必要なことがある場合は、御記入ください。			

* 未就学の場合は裏面も御記入ください。 *

～未就学の場合は、以下の項目も御記入ください。～

発達 の 状況	首のすわり	か月	はいはい	か月	一人歩き	か月
	寝返り	か月	つかまり立ち	か月	初語 (意味のある言葉)	か月
	おすわり	か月	伝い歩き	か月		
食 事	<input type="checkbox"/> 授乳	内容	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合		回数	回 / 日
		量	ml (母乳の場合 約 分 / 回)			
	<input type="checkbox"/> 離乳食	開始時期	か月 ~		回数	回 / 日
		現在時期	<input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了期			
	<input type="checkbox"/> 大人と同じ食事					
普段の食事量		<input type="checkbox"/> よく食べる <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 食が細い				
生活習慣	排 泄	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トイレ使用 <input type="checkbox"/> 午睡時のおむつ使用 <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中				
		その他(排尿回数が多い・少ない、尿意のサイン等)配慮が必要なことがある場合は、御記入ください。				
	睡 眠	普段の昼寝時間	時頃から 時間			
睡眠のくせ等(一人寝・添い寝・タオルを持って等)を御記入ください。						