

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)															
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	か月														
		最後	歳	か月	(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 か月)																
	病名	(入院： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 歳 か月)																
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			・	追加			おたふくかぜ			未	・	1	・	2		
		未			・	追加			日本脳炎			未	・	1	・	2	・	追加
	<input type="checkbox"/> 三種混合 <input type="checkbox"/> 四種混合	未			・	追加			MR			未	・	1期			・	2期
		未			・	追加			その他予防接種									
	ヒブ	未			・	追加												
小児肺炎球菌	未			・	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	m l (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"/> 午睡時のみおむつ使用 <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。							