【様式４】

健　康　記　録　表

児童名　　ふ り が な	男・女	平成・令和　　年　　月　　日生

妊娠・出産状況

妊娠中の状態　　正　常　・異　常

お産の時の状態　　正　常　・異　常　（吸引分娩・鉗子分娩・仮死・帝王切開）

妊娠期間　（　　週　　日　）

出生時の体重　（　　g）　早産　　週　保育器　　日　黄疸（　普通・強　）

出生時の身長　（　　cm）　胸囲（　　cm）　頭囲（　　cm）

栄養について

・母乳　　か月まで　　・人工乳（ミルク）　　か月から　　か月まで

・離乳食について　　開始　　か月　　完了　　か月

・離乳時期に気がかりなことがありましたか。

・ベビーフードは使いましたか。　　はい（　　）・いいえ

・食事について気になることがありますか。（偏食・小食・肥満・早食い・噛めない等）

今までかかった病気等について

病　名	年齢（歳）	病　名	年齢（歳）	病　名	年齢（歳）
麻しん（はしか）		風　し　ん		肺　　炎	
水痘　（水ぼうそう）		百　日　咳		ぜんそく	
おたふくかぜ		突発性発疹		心　臓　病	

今までに入院したことのある病気やケガや受けた手術などありましたらご記入ください。

（疾患名）　　（病院名）　　日間入院

その他かかった病気がありますか、または大きなケガをしたことがありますか。

健康診査について

今までに受けた健康診査や育児相談をご記入ください。異常がなかった場合も記入してください。

受けた健診	年月日	その時言われたこと	受けた健診	年月日	その時言われたこと
1か月児	・　・		1歳6か月	・　・	
3～4か月児	・　・		3歳児	・　・	
6～7か月児	・　・		4歳児	・　・	
9～10か月児	・　・		5歳児	・　・	

お子さんの朝の体温はいつも何度ですか。

度　　分

かかりつけの医療機関がありますか。　　医院/ 病院名

エンジェルナーサリー鹿島田園

児童名

今までの保育	今まで保育にあたっていた方はどなたですか。〇で囲んでください。 ・ 家庭の保育〔 母 ・ 父 ・ 祖母 ・ 祖父 ・ その他（ ） 〕 ・ 集団の保育（保育園名 その他

・現在お子さんのことで心配なこと、相談したいことがありますか。

な い

あ る（なるべく詳しく書いてください）

	ワクチン名	接種年月日（例：H26.11.1）			
予防接種	ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ菌ｂ型（Hib）	1回 ・ ・	2回 ・ ・	3回 ・ ・	(追加) ・ ・
	小児肺炎球菌	1回 ・ ・	2回 ・ ・	3回 ・ ・	(追加) ・ ・
	ｼﾞﾌﾃﾘｱ 百日咳 破傷風 ポリオ （4種混合）	1回 ・ ・	2回 ・ ・	3回 ・ ・	(追加) ・ ・
	BCG	1回 ・ ・			
	麻しん風しん（MR）	1回 ・ ・	2回 ・ ・		
	日本脳炎	1回 ・ ・	2回 ・ ・	(追加) ・ ・	
	水痘(水ぼうそう)	1回 ・ ・	2回 ・ ・		
	おたふくかぜ	1回 ・ ・	2回 ・ ・		
	B型肝炎	1回 ・ ・	2回 ・ ・	3回 ・ ・	
	インフルエンザ	1回 ・ ・	2回 ・ ・	1回 ・ ・	2回 ・ ・
		1回 ・ ・	2回 ・ ・	1回 ・ ・	2回 ・ ・
		1回 ・ ・	2回 ・ ・	1回 ・ ・	2回 ・ ・
	ロタ1価（5価）	1回 ・ ・	2回 ・ ・	(3) ・ ・	
	その他のワクチン	1回 ・ ・	2回 ・ ・	3回 ・ ・	4回 ・ ・
	ポリオ（不活化）	1回 ・ ・	2回 ・ ・	3回 ・ ・	4回 ・ ・
		1回 ・ ・	2回 ・ ・	3回 ・ ・	4回 ・ ・
		1回 ・ ・	2回 ・ ・	3回 ・ ・	4回 ・ ・
		1回 ・ ・	2回 ・ ・	3回 ・ ・	4回 ・ ・

当てはまるものに〇印を付け、必要事項を記入してください。

		肥満	喘息	アレルギー体質（症状）	熱性けいれん	今までどんな病気をしましたか	現在どんな病気にかかっていますか
父							
母							
兄弟姉妹他							

その他

エンジェルナーサリー鹿島田園

児童名

次のことにお答えください。

1「首のすわり」はいつごろでしたか・・・・・・・・・・・・・・・・・・（　　）か月頃
2「ねがえり」はいつごろでしたか　・・・・・・・・・・・・・・・・・・（　　）か月頃
3「おすわり」はいつごろでしたか　・・・・・・・・・・・・・・・・・・（　　）か月頃
4　ハイハイしはじめたのは、いつごろでしたか　・・・・・・・・・・（　　）か月頃
5　つかまり立ちしたのは、いつごろでしたか　・・・・・・・・・・・（　　）か月頃
6　指で小さいものをつかめますか　・・・・・・・・・・・・・・・・・・　は　い　・　いいえ
7　名前を呼ばれたらわかりますか　・・・・・・・・・・・・・・・・・・　は　い　・　いいえ
8　一人歩きを始めたのはいつごろでしたか　・・・・・・・・・・・・・（　　）か月頃
9　マンマ・ブーブー・パパ・ママなどの言葉を一つでも話しますか・・・　は　い　・　いいえ
☆
10　おしっこをしたい時、教えますか　・・・・・・・・・・・・・・・・・・　は　い　・　いいえ
11　自由に歩いたり、走ったりしますか　・・・・・・・・・・・・・・・・・　は　い　・　いいえ
12「あれなーに」「これなーに」とよく尋ねますか　・・・・・・・・・・　は　い　・　いいえ
☆
13　自分の名前が云えますか　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　は　い　・　いいえ
14　スプーンや箸を使って一人で食べますか　・・・・・・・・・・・・・・・　は　い　・　いいえ
15　クレヨンなどで１つの丸（○）を描きますか　・・・・・・・・・・・・・　は　い　・　いいえ
16　お友だちと遊びたがりますか　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　は　い　・　いいえ
17　手を使わずに一人で階段を昇れますか　・・・・・・・・・・・・・・・・　は　い　・　いいえ
18　おしっこを一人でできますか　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　は　い　・　いいえ
19　ボタンを一人ではめることができますか　・・・・・・・・・・・・・・・　は　い　・　いいえ
20　飛び下りたり、ケンケンができますか　・・・・・・・・・・・・・・・・　は　い　・　いいえ

次の中から当てはまる番号に○をつけてください。

体質とクセ

1　風邪をひきやすい
2　のどがゼロゼロする
3　扁桃腺が腫れやすい
4　湿疹が出やすい
5　耳だれがある
6　食べ物でじんましんが出る（卵・牛乳・小麦・他　　）
7　薬を飲んだ後じんましんが出たことがある（薬の名前　　）
8　今まで医師から一度でも「心臓がわるい」「心雑音がある」「脈が乱れている」「川崎病」等言われた事がある
9　口内炎ができやすい
10　化膿しやすい
11　虫さされのあとがひどく腫れる
12　下痢しやすい・便秘しやすい
13　食べたものを吐きやすい
14　ひきつけ・けいれんをおこしたことがある　（　　歳の時　熱　　℃）
15　よく熱をだす
16　鼻血が出やすい
17　唇・指先・足先が紫色になったことがある
18　腹痛をよくおこす
19　指しゃぶり・爪かみをする
20　性器をいじる
21　肘が抜けたことがある　（右・左　　歳の時　　回）
22　その他のくせ　（　　）

エンジェルナーサリー鹿島田園