

保健調査票

氏名		男 女		生年月日		年 月 日		
出生歴	第 子	正期産 早産 (週)		出生時：身長		cm 体重 g		
	妊娠中の異常 なし あり()		出産時の異常 なし あり()					
栄養	方法		哺乳時間		離乳			
	母乳	人工	混合	規則	不規則	(開始) 生後 ヶ月	(完了) 生後 ヶ月	
発達	首のすわり ヶ月		発語 ヶ月		歩き始め ヶ月		歯の生え始め ヶ月	
アレルギー	食物アレルギー なし あり ()							
	薬・その他のアレルギー なし あり ()							
既往歴	水痘 おたふくかぜ 百日咳 はしか 風疹 肺炎 中耳炎 突発性発疹 脱臼 B型肝炎 (歳 カ月 キャリアーで ない ある) その他 [] 熱性けいれん：初回 歳 カ月・最後 歳 カ月 (これまでに 回) 喘息治療を している していない 発作時だけ アトピー性皮膚炎 ない ある (治療は 内服薬 食事療法 軟膏 していない) 入院 ない ある 病名 () 歳 ヶ月 病院 () 体質 吐きやすい 下痢しやすい 中耳炎になりやすい 皮膚が弱い 他 []							
予防接種	Hib	1回目	年 月		B型肝炎	1回目	年 月	
		2回目	年 月			2回目	年 月	
		3回目	年 月			3回目	年 月	
		追加	年 月		BCG	1回のみ	年 月	
	肺炎球菌	1回目	年 月		MR (麻疹・風疹)	1回目	年 月	
		2回目	年 月			2回目	年 月	
		3回目	年 月		水痘	1回目	年 月	
		追加	年 月			2回目	年 月	
	四種混合 ジフテリア 百日咳 破傷風 不活化ポリオ	1回目	年 月		日本脳炎	1回目	年 月	
		2回目	年 月			2回目	年 月	
		3回目	年 月			追加	年 月	
		追加	年 月		おたふく (任意接種)	1回目	年 月	
	その他	1回目	年 月		ロタウイルス (任意/定期接種)	2回目	年 月	
		2回目	年 月			1回目	年 月	
		3回目	年 月			2回目	年 月	
		追加	年 月			3回目	年 月	
主治医	内科・小児科			TEL		外科		
健康保険証		社保	国保	共済	記号・番号	保険者番号		
乳児医療証番号				血液型		型 (Rh + -) 平熱 °C		