

《 健康連絡票 (1) 》

該当事項に○をし、必要事項を記入してください

申請年月日 年 月 日

ふりがな			性別 男・女	生年月日	年	月	日
氏名			申請時の体重・身長	g・kg		cm	
出産の状態	妊娠中の経過	異常なし 重症つわり 妊娠中毒症 貧血 その他()					
	妊娠期間	妊娠 週					
	分娩の経過	頭位 骨盤位 その他(吸引分娩 帝王切開等)					
	分娩所用時間	時間	出血量： 少量 中量 多量 (ml)				
	出生時	計測値	体重 g	身長 cm	胸囲 cm	頭囲 cm	
		所見・処置等	新生児仮死 → (蘇生)				
出産後4週までの児童の状態	特記事項なし・その他入院等						
栄養状況	<p>【母乳・混合・ミルク】 【離乳食 回/日(母乳又ミルク 回/日)】 【幼児食 回/日】</p> <p>※食物アレルギー 無・有 →() ※偏食 無・有</p> <p>↓食物アレルギーが有る方のみ記入↓</p> <p>・何才頃にどのような事がきっかけでアレルギーに気づきましたか？</p> <p>→()</p> <p>・現在出ている症状 →()</p> <p>・医師より食品制限の指示を受けているか</p> <p>無・有(種類・除去食品) →()</p>						
体質	<p>熱を出しやすい 肌が弱い ひじなど関節が外れた事がある 便秘がち 下痢しやすい ↓その他</p> <p>※アレルギー体質(食べ物以外で原因となるもの) () ()</p>						
現在の健康状態	<p>・現在治療中の病気：無・有(定期受診を含む) →(病名等：)</p> <p>(医療機関名：) (かかりつけ医等：)</p> <p>※現在通院中の方は、頻度をご記入ください→()</p> <p>・現在薬を飲んでいるか いない・いる →(薬品名：)</p> <p>※「いる」の場合、服用する時間、期間等をご記入ください →()</p>						
既往歴	<p>・今までかかった病気について () ・ひきつけ 回</p> <p>・病気や事故での入院 → 無・有(詳細：)</p>						
予防接種 (接種年月日をご記入下さい)	BCG(結核)	年 /					
	DPT-IPV(四種混合)	年 /	年 /	年 /	年 /		
	MR(麻しん風疹)	年 /	年 /				
	日本脳炎	年 /	年 /	年 /			
	Hib(ヒブ)	年 /	年 /	年 /	年 /		
	小児肺炎球菌	年 /	年 /	年 /	年 /		
	水痘	年 /	年 /				
	B型肝炎	年 /	年 /	年 /			
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	年 /	年 /				
	ロタウイルス	年 /	年 /	年 /			
	インフルエンザ	年 /	年 /	年 /	年 /		
	その他						

※健康連絡票(2)も記入してください