

# 《 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 ・ k g	c m				
(0歳クラスのみ記入)	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	【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】				
	※食物アレルギー 無 ・ 有 → ( )	※偏食 無 ・ 有								
	↓食物アレルギーが有る方のみ記入↓	・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? → ( )								
	・現在出ている症状 → ( )	・医師より食品制限の指示を受けているか 無 ・ 有 (種類・除去食品) → ( )								
体質	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 ※アレルギー体質(食べ物以外で原因となるもの) ( ) ( )									
現在の健康状態	・現在治療中の病気: 無 ・ 有 (定期受診を含む) → (病名等: ) (医療機関名: ) (かかりつけ医等: ) ※現在通院中の方は、頻度をご記入ください → ( ) ・現在薬を飲んでいるか いない ・ いる → (薬品名: ) ※「いる」の場合、服用する時間、期間等をご記入ください → ( )									
既往歴	・今までかかった病気について ( ) ・ひきつけ 回 ・病気や事故での入院 → 無 ・ 有 (詳細: )									
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 (麻疹風疹)	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