

《 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 令和 年 月 日

ふりがな			性別 男・女	生年月日 H・R	年	月	日
氏名			申請時の体重・身長	g・kg		cm	
出産の状態	出生時の状況	正常・早産・保育器収容・仮死・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)					
	出生時計測値	体重	g	身長	cm	胸囲	cm
	出生後4週までの児童の状態	特記事項なし・その他() ※入院していた等					
健康状況	栄養の状況	【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】	
	偏食	無・有 (詳細:)					
	食物アレルギー	無・有 (詳細:) ※何歳ごろにどのような事がきっかけでアレルギーに気づいたか → () ※現在出ている症状 → () ※医師より食事制限の指示を受けているか →無・有 (詳細:)					
	食物以外のアレルギー	無・有 (詳細:)					
	エピペンの使用	無・有 (詳細:)					
	体質	熱を出しやすい・肌が弱い・関節が外れたことがある・便秘がち・下痢しやすい その他()					
	現在治療中の病気	無・有 (定期受診含む) → (病名:) (医療機関名:)					
	服薬について	無・有 (薬品名:) (服用時間及び期間:)					
	通院頻度	()					
	ひきつけ・けいれん	無・有 (回、 歳 か月頃) (原因:)					
	今までにかかった大きな病気	無・有 ()					
病気や事故での入院	無・有 ()						
(接種済に○) 予防接種	ロタウイルス感染症	ロタリックス	1回・2回		BCG		1回
		ロタテック	1回・2回・3回		麻しん風しん混合		1回・2回
	B型肝炎		1回・2回・3回		水痘		1回・2回
	Hib感染症		1回・2回・3回		日本脳炎		1回・2回・3回
	小児の肺炎球菌感染症		1回・2回・3回		流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		1回・2回
	四種混合		1回・2回・3回				

※健康連絡票 (2) も記入してください