年　　月　　日

社会福祉法人
子供の家

園児記録（健康調査）票

1　基本情報

受付NO

氏　　名	フリガナ	生年月日 西暦　　年　　月　　日生	性　別 □男　□女
保護者氏名	フリガナ	続柄　□父　□母　□その他（　　）	
住　　所	〒　　TEL		

2　かかりつけの医療機関

医療機関 診療科	TEL

3　出生時の状況・乳幼児検診の状況

・在胎週数　　週

・分娩：□正常分娩　□帝王切開

（□その他　　）

・出生時体重　　g

・分娩時・出生後の異常　□あり　□なし

「※あり」の場合の内容について

（　　）

乳幼児検診での指摘　□あり　□なし

「※あり」の場合の内容について

（　　）

・視力　□正常　□その他（　　）

・視力　□正常　□その他（　　）

・言語　□吃音　□幼児語　□不明瞭

4　既往歴（これまでに罹った病気）

※　該当するものに☑をつけ、罹患した時期を記入してください

該当	病　　名	罹　患　時　期	該当	病　　名	罹　患　時　期
□	突発性発疹	歳　　ケ月	□	RSウイルス	歳　　ケ月
□	麻　　疹	歳　　ケ月	□	喘息、喘息性気管支炎	歳　　ケ月
□	風　　疹	歳　　ケ月	□	熱性けいれん	歳　　ケ月
□	水痘(水ぼうそう)	歳　　ケ月		最終発症はいつですか	歳　　ケ月
□	アトピー性皮膚炎	歳　　ケ月		今までに何回ありましたか？	回
□	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	歳　　ケ月	□	食物アレルギー　□あり　□なし	
□	手足口病	歳　　ケ月		※ありの場合の該当食材	
□	ヘルパンギーナ	歳　　ケ月		□卵　□乳　□小麦　□その他	

5　これまでに大きな病気やケガ、入院、手術の経験はありますか？

その他(持病・定期健診）について医師から指導されてる事、配慮の必要なことがありましたら具体的に記入して下さい

（　　）