

健康報告書

記入日： 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	血液型			
園児氏名		男 / 女	年 月 日				
かかりつけの病院名		病院名	— —				
平均体温	℃	睡眠時間	時間	授乳間隔	時間置き	ミルク量	cc

幼児発育歴	◆出産歴第()子	◆おむつが外れた日	年 月 日(才 ヶ月)
	◆出産 普通分娩・帝王切開・早産	◆首のすわり	年 月 日(才 ヶ月)
	◆出生時の体重 ()g	◆ハイハイ	年 月 日(才 ヶ月)
	◆現在の体重 ()g	◆発言(ママ・ブーブー等)	年 月 日(才 ヶ月)
	◆栄養 母乳・人口乳・混合	◆歩行開始	年 月 日(才 ヶ月)
	◆主な養育者 ()	◆離乳完了	年 月 日(才 ヶ月)

健康状態	◆かなり丈夫 ◆丈夫 ◆やや丈夫	◆かかりつけ医療機関名：
	◆現在かかっている病気、またはケガ	◆医師名：
	◆備考◆	◆保育園生活に対する医師の判断 ◆問題なし・配慮事項あり ()

種類	接種日	種類	接種日
◆ポリオ (急性灰白髄炎)	H 年 月	◆水痘	H 年 月
◆はしか	H 年 月	◆インフルエンザ	第1回 H 年 月 第2回 H 年 月
◆風しん	H 年 月	◆ヒブ	H 年 月
◆おたふくかぜ	H 年 月	◆その他	H 年 月
◆肺炎球菌 (接種回数 回)	最終 H 年 月		

かかった病気	◆はしか	H 年 月	◆手足口病	H 年 月
	◆風しん	H 年 月	◆とびひ	H 年 月
	◆おたふくかぜ	H 年 月	◆突発性発疹	H 年 月
	◆水ぼうそう	H 年 月	◆その他	H 年 月

かかりやすい病気	※ <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 脱臼(部位) <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> かぜ <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 自家中毒 <input type="checkbox"/> 急性消化不良性 <input type="checkbox"/> ヘルニア () <input type="checkbox"/> その他 ()			
	◆その他、体質の異常 (例：アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・じんましん 等)			

フリガナ		性別	生 年 月 日	年 齢
園児氏名		男・女	年 月 日生	才 ヶ月

保護者から見た家庭での子供の様子	食 事	◆食事の量 (多い ・ 普通 ・ 少ない) ◆食事の様子 (早い ・ 普通 ・ 遅い) ◆偏食 (なし ・ ある ⇒ _____) ◆食物アレルギー (なし ・ ある ⇒ _____)
	食べ物 の好み	◆好きな食べ物 _____ ◆嫌いな食べ物 _____
	おやつ	◆食べたことのあるおやつ _____
	睡 眠	◆午睡 (いつもする ・ あまりしない) ◆寝つき (良い ・ 悪い) ◆添い寝 (する ・ しない)
	排 泄	◆大便が自分で (できる ・ できない) ◆小便が自分で (できる ・ できない) ◆夜 尿 (しない ・ 時々する ・ よくする)
	清 潔	◆顔を自分で (洗う ・ 洗わない) ◆手を自分で (洗う ・ 洗わない) ◆歯を自分で (磨く ・ 磨かない)
	衣服の着脱	◆服を自分で (着る ・ 少し手伝えば着る ・ 着られない ・ 着せてもらいたがる) ◆服を自分で (脱ぐ ・ 少し手伝えば脱ぐ ・ 脱げない) ◆ボタンを自分で (掛ける ・ 少し手伝えば掛ける ・ 掛けられない)
	言 語	◆赤ちゃん語 ◆はっきり言える ◆どもる ◆その他 ()
	遊 び	◆友達が (いる ・ いない) ◆家では (一人で遊ぶ ・ 大人と遊ぶ ・ 兄弟と遊ぶ) ◆特に興味を持つもの ()
	運 動	※☑してください。 □寝返り □ハイハイ □つかまり立ち □つたい歩き □転びやすい □不器用 □運動恐怖 □その他 ()
性 質	※☑してください。 □すねる □怖がる □わがまま □頑固 □やんちゃ □活発 □優しい □内気 □よく笑う □よく泣く □その他 ()	
園で注意して欲しいこと		
備 考		