

保育ルー△Clover 一時保育利用者用提出書類

児 童 健 康 台 帳					
入所年月日 平成 年 月					
ふりがな			性別	生年月日	平熱
児童名			男女	平成 年 月 日生	℃
住所	〒 市 区 電話 () - () -				
変更後					
出生時	体重 () g 身長 () cm 在胎週 () 週	出生時の問題		無 有	
予 防 接 種 記 録			病 気 の 記 録		
定期 接種	種類	接種年月日		1. 外傷・手術・脱臼等	
	B C G			①	年 月
	Hib (インフルエンザ菌b型)			②	年 月
	小児用肺炎球菌 (プレベナー)				
	四種混合				
	麻疹風しん混合 I・II期 (MR)			2. 熱性けいれん 無・有	
	日本脳炎			① 入園前 ② 入園後の記録	
	水痘 (みずぼうそう)			初回 年 月 日 (歳 か月) 直近 年 月 日 (歳 か月) 回数 回	
	B型肝炎			3. その他の病気 (入院の有無)	
				①	年 月
			②	年 月	
任意 接種	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)			4. 感染症記録	
	ロタウイルス			かかった日	
その 他				流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	年 月 日
				水痘 (みずぼうそう)	年 月 日
				その他の感染症	
区福祉保健センター等での健康診断受診の有無					
① 4か月児健診 (済・未) ② 1歳6か月児健診 (済・未)					
③ 3歳児健診 (済・未)					
アレルギー疾患 無 有		ふ だ ん 受 診 す る 医 師	小児科・内科	(名称:)	
〔 気管支喘息・アトピー性皮膚炎 ・じん麻疹・花粉症 その他 〕			歯科医	(名称:)	
薬物アレルギー 無 有				(電話番号:)	
()				(名称:)	
食物アレルギー 無 有				(電話番号:)	
()				(名称:)	
目や耳の心配事 無・有			(電話番号:)		
()			(名称:)		
その他健康に関すること			(電話番号:)		