

# 健康報告書

記入日：平成 年 月 日

フリガナ		性別	生 年 月 日	血 液 型
児童氏名		男・女	平成 年 月 日生	型
かかりつけ病院	TEL			
出産状況		出生時の体重	g	

発 育 状 況	平均体温			首がすわった時期	平成 年 月 頃		
				おむつがとれた時期	平成 年 月 頃		
	平均睡眠時間	時間		離乳した時期	平成 年 月 頃		
				歩き始めた時期	平成 年 月 頃		
				言葉が話せた時期	平成 年 月 頃		
予 防	種 類		接種時期	種 類		接種時期	
	三種混合 ・百日咳 ・ジフテリア ・破傷風	1 期 初 回	第1回	/ /	B C G	/ /	
			第2回	/ /	日 本 脳 炎	第1回	/ /
			第3回	/ /		第2回	/ /
		1期追加		/ /	ポリオ(急性灰白髄炎)	/ /	
	は し か			/ /	ツベルクリン検査	/ /	
	水ぼうそう			/ /	インフルエンザ	第1回	/ /
風 し ん			/ /	第2回		/ /	
おたふくかぜ			/ /	その他( )	/ /		
病 歴	種 類		発症時期	種 類		発症時期	
	は し か		/ /	突発性発疹		/ /	
	水ぼうそう		/ /	手足口病		/ /	
	風 し ん		/ /	とびひ		/ /	
	おたふくかぜ		/ /	その他( )		/ /	
起 こ し や す い 症 状 や 病 気	ぜんそく 下痢 脱臼		腹痛 便秘 その他( )	ひきつけ 嘔吐	扁桃炎 口内炎	( )	
	アトピー性皮膚炎についての情報						
	アレルギー性鼻炎についての情報						
健 康 状 態	とても良い やや悪い [病気・ケガ]		良い 現在通院している	医 師 の 証 明	所見  病院名 医師名  印		
	( )						

(注) 印欄は、かかりつけの病院(小児科、内科等)で、現在の健康に関する診断を受診し、医師の証明を受けてください。