

健康管理カード

(令和 8 年 4 月 1 日入園)

氏名	ふりがな) はびねす はなこ		男	生年月日	平熱	かかりつけ医院・主治医					
	ハピネス 花子		女	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	○ 度	○子どもクリニック ○○○-○○○-○○○					
出生歴	1. 妊娠中の母の病気 <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり ()										
	2. 分娩異常 <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (骨盤位 帝王切開 その他)										
	3. 出生時 妊娠期間 (妊娠 ○ 週) 体重 (○ g) 身長 (○ cm) 胸囲 (○ cm) 頭囲 (○ cm)										
	4. 出生時の状態 <input checked="" type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 異常あり () その他 ()										
既往歴	・麻疹 (歳)										
	・風疹 (歳)										
	・腎炎 (歳)										
持病等	・アレルギー <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり ()										
	・けいれん () ・脱臼 ()										
	・その他 ()										
予防接種	五種混合	1回 R ○ 年 ○ 月	麻・風	1回 R ○ 年 ○ 月	BCG	R 年 月	おたふく	1回 R 年 月			
		2回 R 年 月		2回 R 年 月		1回 R 年 月		2回 R 年 月			
		3回 R 年 月		水痘		1回 R ○ 年 ○ 月		日本脳炎	2回 R 年 月	追加 R 年 月	2回 R 年 月
		追加 R 年 月				2回 R 年 月			追加 R 年 月		
	肺炎球菌	1回 R ○ 年 ○ 月	ロタ	(1価・5価)	B型肝炎	1回 R 年 月	その他	1回 R 年 月			
		2回 R 年 月		1回 R 年 月		2回 R 年 月		2回 R 年 月			
		3回 R 年 月		2回 R 年 月		3回 R 年 月		3回 R 年 月			
		追加 R 年 月		3回 R 年 月							
入所後の健康診断	年月日	身長cm	体重kg	医師の所見		医師印	備考				
				無・有 ()							
	ここには入園後の健診結果を記載します。 (保護者の方の記入は不要です)										
				無・有 ()							
				無・有 ()							
				無・有 ()							
				無・有 ()							
				無・有 ()							

