

健康調査票

記入日：20 年 月 日

フリガナ 児童氏名	生年月日（西暦）	年齢	性別
	年 月 日	歳 ヶ月	男・女

出生歴

在胎期間	週（ ヶ月）	出生体重	g	身長	cm
分娩時異常	無・有（ ）				
乳児期の 状態異常	頭血腫・哺乳力微弱・チアノーゼ・痙攣・高熱・股関節開排制限 締泣力微弱・吐乳・黄疸・その他（ ）				

発育歴

栄養 方法	現在飲んでいるものがあれば○をつけて下さい。	母乳・混合・ミルク（ cc/1回）
	1日の授乳回数を教えてください。	回/1日
	吐乳はありますか？	ない・ある
	牛乳は飲んでいますか？	いいえ・はい（ ヶ月から）

食 事	離乳食 開始時期	ヶ月頃から	食事量	多量・普通・少量
	好きな物		苦手な物	

睡 眠	お子さんはよく寝ますか？		よく寝る・あまり寝ない	
	日中	昼寝回数： 回/1日	何時から何時まで：	
	夜間	睡眠時間： 時間	夜泣き回数： 回/1日	

便 性	堅い・普通・柔らかい	回数： 回/1日
--------	------------	----------

発 達 状 況	首のすわり	ヶ月頃	目で物を追う	ヶ月頃	はいはい	ヶ月頃
	寝返り	ヶ月頃	呼ぶ方向に顔を向ける	ヶ月頃	つかまり立ち	ヶ月頃
	自分でおすわり	ヶ月頃	物を掴む	ヶ月頃	歩行	ヶ月頃

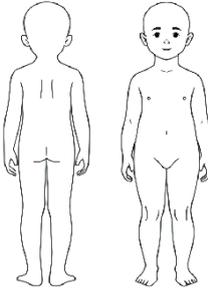
※裏面もご記入ください。

既往症

(例：2025年4月1日 → 25/4/1)

麻疹	/ /	手足口病	/ /	百日咳	/ /	溶連菌感染症	/ /
風疹	/ /	突発性発疹	/ /	川崎病	/ /	中耳炎	/ /
水痘	/ /	肺炎	/ /	流行性結膜炎	/ /	痙攣	/ /
流行性耳下腺炎	/ /	ヘルニア	/ /	伝染性紅斑	/ /	その他	/ /
その他	/ /	その他	/ /	その他	/ /	その他	/ /

かかりやすい病気・症状

風邪をひきやすい	いいえ・はい	目ヤニがでしやすい	いいえ・はい
発熱しやすい	いいえ・はい	鼻血を出しやすい	いいえ・はい
扁桃腺肥大による発熱あり	いいえ・はい	咳が出やすい	いいえ・はい
便秘しやすい	いいえ・はい	ゼーゼーした呼吸音がよくある	いいえ・はい
アレルギー疾患はありますか？		いいえ・はい ※はいの方は以下も記入	
病名	アトピー性皮膚炎・鼻炎・喘息 結膜炎・その他 ()	湿疹部位	
症状	発疹・鼻水・鼻閉・喘鳴・咳 その他 ()		
原因物質			
親族の中でアレルギー体質の方はいますか？		いいえ・はい ※はいの方は以下も記入	
アレルギー物質名	本児との関係	アレルギー物質名	本児との関係

予防接種

(例：2025年4月1日 → 25/4/1)

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
B型肝炎	/ /	/ /	/ /		
口タウウイルス	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
小児用肺炎球菌	/ /	/ /	/ /	/ /	
五種混合	/ /	/ /	/ /	/ /	
BCG	/ /				
MR (麻疹・風疹混合)	/ /	/ /			
水痘	/ /	/ /			
おたふくかぜ	/ /	/ /			
日本脳炎	/ /	/ /	/ /	/ /	