

(2)生育調査票

児童名

20 年 月 日現在

出産時の状況	週 日	身長	cm	体重	g	正常/帝王切開/難産	
乳児期の状況	栄養:母乳/人工/混合	首座り	ヶ月	寝返り	ヶ月	お座り	ヶ月
	はいはい	ヶ月	歩行開始	ヶ月	発語	血液型	型
	歯の生え始め	ヶ月	離乳食開始	ヶ月	離乳食完了	ヶ月	

病気の記録	当てはまるところに○、または、( )内にご記入ください。					
	ジフテリア	かかった( 年 月)・かかっていない				
	百日咳	かかった( 年 月)・かかっていない				
	麻疹(はしか)	かかった( 年 月)・かかっていない				
	風疹(三日ばしか)	かかった( 年 月)・かかっていない				
	おたふく風邪	かかった( 年 月)・かかっていない・予防接種済( 年 月)				
	水疱瘡	かかった( 年 月)・かかっていない・予防接種済( 年 月)				
	突発性発疹	かかった( 年 月)・かかっていない				
	流行性咽頭結膜炎(プール熱)	かかった( 年 月)( 年 月)( 年 月)( 年 月)				
	熱性痙攣	起こした( 歳 ヶ月)・その時の熱は…あった( °C)・なかった( ) 回数は( 回)・対処法( )				
		起こした( 歳 ヶ月)・その時の熱は…あった( °C)・なかった( ) 回数は( 回)・対処法( )				
骨折や大きな病気 大きなケガや脱臼等						

予防接種の記録	ツベルクリン反応		年 月 日 結果: - . +	BCGワクチン	年 月 日	
	麻疹 風しん	第1期	年 月 日	小児用 肺炎球菌	1回	年 月 日
		第2期	年 月 日		2回	年 月 日
	ジフテリア 百日せき 破傷風 ポリオ	1回目	年 月 日		3回	年 月 日
		2回目	年 月 日	追加	年 月 日	
		3回目	年 月 日	日本脳炎	1回	年 月 日
		追加	年 月 日		2回	年 月 日
	ヒブ (インフルエンザ菌b型)	1回目	年 月 日	追加	年 月 日	
		2回目	年 月 日			
		3回目	年 月 日			
		追加	年 月 日			

同意  『個人情報利用および第三者提供同意書』をご提出された方は✓をいれてください。

◎以下は、園が記入します。

母子手帳確認

確認日: 20 年 月 日

担当者:

入園前健診

確認日: 20 年 月 日

担当者: