

(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: