

## (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	
	麻しん 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					

◎以下は健康診断時に嘱託医が記入します。

身長	cm	開排制限		医師所見
体重	kg	ヘルニア		
脊柱		斜視・斜頸		
四肢		扁桃腺肥大		
皮膚		その他		医師名