

児童健康票（0・1歳児）

健康票記入日 令和 年 月 日

ふりがな 名前		住所 〒 猪名川町		緊急連絡先1 — — (続柄)	
平熱 ()℃		血液型(わかる方のみ) ()	生年月日 令和 年 月 日生		緊急連絡先2 — — (続柄)
出生時 の状況	体重 g ・ 身長 cm	特別な所見 ・ 処置			
	頭囲 cm ・ 在胎週数 (週)	なし ・ あり ()			
かかりつけ医	医院・病院			電話番号： — —	

予防接種

B C G	三種混合 (DPT)	四種混合 (DPT+不活化ポリオ)	五種混合 (DPT+不活化ポリオ+Hib)	ポリオ		B型肝炎	
※受けた種類に○をしてください。							
R 年 月	1回目 R 年 月	3回目 R 年 月	1回目 R 年 月	3回目 R 年 月	1回目 R 年 月	3回目 R 年 月	
	2回目 R 年 月	追加 R 年 月	2回目 R 年 月	追加 R 年 月	2回目 R 年 月		
MR (はしか・風しん混合)		水ぼうそう	おたふくかぜ	その他 ()	その他 ()	その他 ()	
R 年 月		R 年 月	R 年 月	R 年 月	R 年 月	R 年 月	
Hib (三・四種混合接種者のみ)			肺炎球菌		ロタウイルス		
1回目 R 年 月		3回目 R 年 月	1回目 R 年 月	3回目 R 年 月	1回目 R 年 月	3回目 R 年 月	
2回目 R 年 月		4回目 R 年 月	2回目 R 年 月	4回目 R 年 月	2回目 R 年 月		
今までにかかったおもな病気・けがなど				現在治療中の病気・けがなど			
なし あり ()				なし あり ()			
今までにかかった感染症				けいれん			
なし あり… (か月 感染症名：) (か月 感染症名：)				なし あり…発熱時 (回) (体温 ℃) 無熱時 (回)			

発育

いつごろからできるようになりましたか。(月齢がわからないときは○印を記入してください。)					
首がすわる	か月	ハイハイする	か月	バイバイができる	か月
手を出してつかむ	か月	つたい歩きする	か月	一人で歩くことができる	か月
支えて立たせると足の屈伸をする	か月	食べ物のことをマンマと言う	か月	後ろから呼ぶと振り向く	か月
顔にかかる物がとれる	か月	コップなどを両手で口に持っていく	か月	マンマ・ブーブーなど意味のある言葉を話す	か月
寝返りする	か月	歯のはえ始め 現在…(上歯 本)(下歯 本)	か月		
お座りする	か月				
排 泄		健康受診状況と結果			
1. おむつ(布・紙)		1か月児健診 … 済 ・ 未受診 異常なし・あり ()			
2. トレーニングパンツ		4か月児健診 … 済 ・ 未受診 異常なし・あり ()			
3. オマル		10か月児健診 … 済 ・ 未受診 異常なし・あり ()			
		1歳6か月児健診… 済 ・ 未受診 異常なし・あり ()			
睡眠	起きる時間 時 分 ごろ			寝る時間 時 分 ごろ	
	昼寝の時間 午前 時 分 ～ 時 分			午後 時 分 ～ 時 分	
	寝るときにきをつけていることがあれば記入してください。				

食 事 に つ い て

<母乳・ミルク・牛乳について>

・母　乳・・・現在も母乳のみ　　　・ _____ か月まで母乳のみ　　・ まったく飲んでいない

・混　合・・・現在も混合　　　　　・ _____ か月まで混合

・ミルク・・・現在はミルクのみ　　・ _____ か月までミルク

☆現在ミルクを飲んでいる場合 ⇒ メーカー（ ）
品 名（ ）
乳首メーカー（ ）
乳首サイズ （ S ・ M ・ L ・ Y ・ X ）
1回の量 _____ cc 1日_____時間おきに_____回

・牛　乳・・・ _____ か月から飲んでいる　・ 飲んでいない
哺乳瓶で飲む　・ コップで飲む　・ その他（ ）

＜離乳食について＞

・ 1回食（ドロドロ状） _____ か月から _____ 時ごろに

・ 2回食（舌でつぶせる固さ） _____ か月から _____ 時ごろと _____ 時ごろに

・ 3回食（歯ぐきでつぶせる固さ） _____ か月から

・ 3回食（歯ぐきでかめる固さ） _____ か月から

・ 幼児食

◎食べ方

・ 食べさせている・・・ 抱いて ・ 座らせて

・ 自分で食べようとするが食べさせている

・ 自分で食べる・・・ スプーン ・ フォーク ・ はし ・ 手づかみ ・ コップ

◎食事時間 約 _____ 分 ◎食事量 少ない ・ 普通 ・ 多い

◎偏食 なし ・ あり 好きな食べ物（ ） 嫌いな食べ物（ ）

☆ 食事の際、特に気をつけていることがあればご記入ください。
()

＜食物アレルギーについて＞

◎除去食

・原因（ ）

・除去食品名（ ）

・代替食品名（ ）

◎除去食の指示者 _____ 医院 ・ 病院 _____ 医師

食事制限の経過（具体的にお願いします）
