

南大泉にじのいろ保育園 健康の記録(一時保育用)

(記入日 年 月 日)

(ふりがな)		男・女	(第 子・きょうだい構成 兄 姉 妹 弟)				
園児名		生年月日	年	月	日		
家族歴	母	年 月 日生	1. 健康 2. その他()				
	父	年 月 日生	1. 健康 2. その他()				
その他ご家族の健康状態について特記事項あればご記入ください:							
出生歴	1. 妊娠中の経過 <input type="checkbox"/> 特記事項無し <input type="checkbox"/> 悪阻 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 高血糖 <input type="checkbox"/> 切迫流産・早産						
	2. 分娩の経過 <input type="checkbox"/> 特記事項無し <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> 吸引分娩・鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開(予定・緊急)						
	3. 妊娠期間(在胎週数) 週 日						
	4. 出生時 体重(g) 身長(cm) 胸囲(cm) 頭囲(cm)						
	5. 出生時の状態 <input type="checkbox"/> 特記事項無し <input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> 新生児仮死 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 光線療法]						
	6. 出生後、区や病院で受けた健診に○をつけて下さい 1か月健診 4か月健診 6か月健診 9か月健診 1歳6か月健診 3歳児健診						
	7. 発達・発育・健康上のことで、健診等で指摘されたことやご心配なことなどはありますか 無・有()						
定期予防接種		1回目	2回目	3回目	4回目・追加	かかりつけ医・主治医	
	四種混合 三種混合・ポリオ	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		電話番号()
	Hib	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	肺炎球菌	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	日本脳炎	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	BCG	年 月 日				感染症の既往	
	MR(麻疹・風疹)	年 月 日				麻疹(はしか) 年 月 日	
	水痘(みずぼうそう)	年 月 日				風疹(三日はしか) 年 月 日	
	B型肝炎	年 月 日				水痘(水ぼうそう) 年 月 日	
	ロタウイルス(I価・V価)	年 月 日				RSウイルス 年 月 日	
任意	流行性耳下腺炎(おたふく)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	突発性発疹 年 月 日	
	新型コロナウイルス感染症	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	流行性耳下腺炎(おたふく) 年 月 日	
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	新型コロナウイルス感染症 年 月 日	
健康状態・発育・発達の様子	・首のすわり(カ月頃) ・あやすと笑う(カ月頃) ・寝返り (カ月頃) ・はいはい (カ月頃) ・人見知り (カ月頃) ・ひとり座り (カ月頃) ・つかまり立ち(カ月頃) ・ひとり歩き(カ月頃)						
	あてはまるものに○をつけて下さい	・平熱 _____ 度 ・けいれん 無 有 (熱性けいれん:体温 _____ 度 薬の使用 無・有 ・ 検査の有無 無・有) ・アレルギー 無 有 (薬剤: _____ ・食品: _____ ・その他: _____) ・肘内障(関節が抜けた) 無 有 (部位: _____)					
		・入院歴 無 有(診断名 _____) ・大きな事故や怪我 無 有(_____) ・手術歴 無 有(_____) ・頭を強く打った 無 有(検査 無・有: _____) ・虫歯 無 有(治療未・治療中・治療済) ・アトピー性皮膚炎 無 有(薬剤の使用 無・有: _____) ・気管支喘息 無 有(薬剤の使用 無・有: _____)					
		・便秘の状態 1日 _____ 回(普通・ゆるめ・便秘) ・風邪をひきやすい 無・有(熱・鼻水・咳が出やすい) 高熱が出たことがある 無・有(最高 _____ 度) ・吐きやすい 無・有 ・中耳炎になりやすい 無・有 ・皮膚トラブル 無・有(乾燥気味・湿疹・化膿しやすい) ・その他: _____					
		母乳のみ・混合・ミルクのみ		授乳時間(時・ 時・ 時・ 時・ 時・ 時・ 時・ 時)			
		ミルクのメーカー()		1回量(ml)			
		普通食・離乳食(前期・中期・後期・完了(移行食))					
		ご飯の硬さ 10倍粥/7分粥/5分粥/3分粥 / 軟飯 / ご飯					
		小麦 / 鶏肉 / 青魚 / えび・貝 / 黄身 / 卵白 / 全卵 /					
		乳 / 加熱した牛乳 / チーズ / ヨーグルト / 黒糖 / はちみつ					
その他 園に伝えておきたいことがあればお知らせください							

ここに記載頂きました情報は、お子様が保育園生活を過ごすために活用させて頂くものです。又、本内容につきましては当園個人情報保護規程に則り、漏洩防止対策を行っております。

園長	主任	看護師