



子どもの健康状況票

記入日：	年	月	日
確認日：	年	月	日
確認日：	年	月	日
確認日：	年	月	日
確認日：	年	月	日

会員番号：

会 員 名：

※母子手帳を参考の上、正確にご記入ください。また、更新時に確認・追記してください。

ふりがな
子どもの名前：

生年月日：年 月 日（男・女）

既往歴	麻しん (はしか)	水痘 (みずぼうそう)	百日咳	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	風しん (三日はしか)	病名 ()
	歳 ヶ月	歳 ヶ月	歳 ヶ月	歳 ヶ月	歳 ヶ月	歳 ヶ月

予 防 接 種	小児肺炎球菌		B型肝炎		ロタウイルス				5種混合ワクチン ジフテリア・百日せき 破傷風・ポリオ インフルエンザ菌b型(Hib)				BCG
					ロタリックス		ロタテック						
	1 回	年 月	1 回	年 月	1 回	年 月	1 回	年 月	第1期 初回	1 回	年 月	年 月	
	2 回	年 月	2 回	年 月	2 回	年 月	2 回	年 月		2 回	年 月		
	3 回	年 月	3 回	年 月			3 回	年 月		3 回	年 月		
	追加	年 月							第1期 追加	年 月			
	4種混合ワクチン ジフテリア・百日せき 破傷風・ポリオ				インフルエンザ菌b型 (Hib)				麻しん(はしか) 風しん		水痘 (みずぼうそう)		日本脳炎
	第1期 初回	1 回	年 月	1 回	年 月	第1期	年 月	1 回	年 月	第1期 初回	1 回	年 月	年 月
		2 回	年 月	2 回	年 月	第2期	年 月	2 回	年 月		2 回	年 月	年 月
		3 回	年 月	3 回	年 月						第1期 追加	年 月	
第1期 追加		年 月	追加	年 月	第2期					年 月			

健康状態		病 気 ・ 疾患等		対応の仕方
	かかりやすい 病 気	有 ・ 無	風邪 気管支炎 下痢 便秘 嘔吐 扁桃腺炎 中耳炎 脱臼 （ 部位： ） その他 （ ）	
	アレルギー性 疾 患 アレルギー源	有 ・ 無	アトピー性皮膚炎 喘息 じんましん 結膜炎 アレルギー性鼻炎 その他（ ） 食物アレルギー / 卵 牛乳 小麦 鶏肉 豚肉 大豆 その他（ ） 他のアレルギー / （ ）	
	その他の疾患	有 ・ 無	熱性けいれん(最終年： 年 月) / 起きる体温：_____℃位 心臓疾患 自家中毒（症状： ） てんかん（最終年： 年 月) / 服薬（ 無・有 ） ヘルニア その他（ ）	
	視覚の異常	有・無	遠視 近視 弱視 斜視 その他（ ）	
	聴覚の異常	有・無	聞こえが悪い 難聴 その他（ ）	
	平熱	_____℃		