

保育園 とも園 健診票

園名 _____

健診日① _____

健診日② _____

健診日までに記入しておいてください。太枠内ご記入ください

フリガナ 園児氏名：	男・女	生年月日：	年	月	日	
年齢：	歳	か月	身長：	cm	体重：	kg

発育状況

出生時：異常なし・異常あり（ ）	アレルギー：なし・あり（ ）
言語の発達：普通・遅い気がする（ ）	風邪をひきやすい：なし・あり（ ）
皮膚が弱い：なし・あり（ ）	腹痛・頭痛：なし・あり（ ）
乗り物酔い：なし・あり（ ）	家族内喫煙：なし・あり（ ）
起床時間： _____ 時	就寝時間： _____ 時
朝食： 毎日食べる ・ 抜くときもある ・ 食べない	

予防接種歴（健診時現在、接種していれば○で囲む）

既往歴（健診時現在、既往があれば○で囲む）

種類	1回目	2回目	3回目	追加
Hib (開始月齢 か月)	未・済	未・済	未・済	未・済
小児用肺炎球菌(開始月齢 か月)	未・済	未・済	未・済	未・済
B型肝炎	未・済	未・済	未・済	
五種混合 (DPT-IPV-Hib)	未・済	未・済	未・済	未・済
四種混合 (DPT-IPV)	未・済	未・済	未・済	未・済
ロタウイルス	未・済	未・済	未・済 (ロタテック)	
BCG	未・済			
麻しん風しん (MR)	未・済 (1期)	未・済 (2期)		
水ぼうそう	未・済	未・済		
おたふくかぜ	未・済	未・済		
三種混合 (DPT)	未・済			
日本脳炎	未・済	未・済	未・済 (1期追加)	未・済 (2期)
インフルエンザ	未・済	未・済		
コロナ	未・済	未・済	未・済	未・済

麻疹	風疹	水痘	百日咳	川崎病
喘息	中耳炎	痙攣	腎臓病	心臓病
肺炎	アトピー性皮膚炎	おたふくかぜ		
その他				
現在治療中または経過観察中の病気はありますか				
健診医に聞きたいことがあれば記入してください				
健診結果①		異常なし・あり		
健診結果②		異常なし・あり		

キリトリせん

保護者様控

健診日 _____ 園児氏名 _____ 健診結果 異常なし・あり（ ）

【予防接種指導】 下記の予防接種を受けてください

【助言指導】

Hib	肺炎球菌
B型肝炎	五種混合
ロタウイルス	四種混合
BCG	麻しん風疹
水ぼうそう	おたふくかぜ
日本脳炎	三種混合
コロナワクチン	毎年 インフルエンザ

朝食を必ず食べましょう	薄着にしましょう
夜は9時までに寝ましょう	予防接種をしましょう
手洗いうがいをしましょう	マスクをしましょう