

こども園健診票

園 名

健診日①

健診日②

フリガナ 園児氏名：	男 ・ 女	生年月日：西暦	年	月	日	
年 齢：	歳	か月	身 長：	cm	体 重：	kg

発育状況 予 診（健診日までに記入しておいてください）

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（		
朝 食：	毎日たべる	抜くときもある	食べない
起 床 時 間：	時	就 寝 時 間：	時

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	麻疹	風疹	水痘	百日咳	川崎病
B型肝炎	未 ・ 済	未 ・ 済	未 ・ 済	－	喘息	中耳炎	痙攣	腎臓病	心臓病
ロタウイルス	未 ・ 済	未 ・ 済	未 ・ 済 (ロタテック)	－	肺炎	アトピー性皮膚炎		おたふくかぜ	
Hib（開始月齢 か月）	未 ・ 済	未 ・ 済	未 ・ 済	未 ・ 済 (4 回目)	その他				
小児用肺炎球菌(開始月齢 か月)	未 ・ 済	未 ・ 済	未 ・ 済	未 ・ 済 (4 回目)	現在治療中または経過観察中の病気はありますか				
BCG	未 ・ 済	未 ・ 済			健診医に聞きたいことがあれば記入してください				
四種混合(DTP-IPV)	未 ・ 済	未 ・ 済	未 ・ 済	未 ・ 済	健診結果① 異常なし ・ あり 健診結果② 異常なし ・ あり				
三種混合(DPT)	未 ・ 済	未 ・ 済	未 ・ 済	未 ・ 済					
ポリオ(不活化単独)	未 ・ 済	未 ・ 済	未 ・ 済	未 ・ 済					
麻しん風しん(MR)	未 ・ 済 (1期)	未 ・ 済 (2 期)							
日本脳炎	未 ・ 済	未 ・ 済	未 ・ 済 (1 期追加)	未 ・ 済 (2 期)					
おたふくかぜ	未 ・ 済	未 ・ 済							
水ぼうそう	未 ・ 済	未 ・ 済							
インフルエンザ	未 ・ 済	未 ・ 済							

キリトリセン 保護者控

健診日

園児氏名： 健診結果 異常なし ・ あり（

【助言指導】（

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

【予防接種指導】 下記の予防接種を受けてください

B型肝炎	ロタウイルス	ヒブ	肺炎球菌	BCG	四種混合
ポリオ	麻しん風しん(MR)	日本脳炎	おたふくかぜ	水ぼうそう	インフルエンザ 毎年接種