健康管理カード

（ 令和　8 年 4　月 1　日入園）

氏名	（ふりがな）はびねす　はなこ ハピネス　花子	男 女	生年月日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	平熱 ○ 度	かかりつけ医院・主治医 ○子どもクリニック TEL　○○○-○○○-○○○

出生歴

1．妊娠中の母の病気　なし　あり（　　）

2．分娩異常　なし　あり（骨盤位　帝王切開　その他　　）

3．出生時　妊娠期間（妊娠 ○ 週）　体重（ ○ g）　身長（ ○ cm）

胸囲（ ○ cm）　頭囲（ ○ cm）

4．出生時の状態　異常なし　仮死　チアノーゼ　けいれん

その他（

既往歴

・麻 疹（　歳　ケ

・風 疹（　歳　ケ

・腎 炎（　歳　ケ　　）

当てはまる項目を記入ください

特病等

・アレルギー　なし　あり（　　）

・けいれん（　　）・脱臼（　　）

・その他（　　）

予防接種

五種混合	1回 R ○年 ○月 2回 R 年 月 3回 R 年 月 追加 R 年 月	麻・風	1回 R ○年 ○月 2回 R 年 月	BCG	R 年 月	おたふく	1回R 年 月 2回R 年 月
		水痘	1回 R ○年 ○月 2回 R 年 月	日本脳炎	1回R 年 月 2回R 年 月 追加R 年 月		
肺炎球菌	1回 R ○年 ○月 2回 R 年 月 3回 R 年 月 追加 R 年 月	ロタ	（1価・5価） 1回R 年 月 2回R 年 月 3回R 年 月	B型肝炎	1回R 年 月 2回R 年 月 3回R 年 月	その他	

入所後の健康診断

年月日	身長cm	体重kg	医師の所見	医師印	備考
			無・有（　　）		
			無・有（　　）		
			無・有（　　）		
			無・有（　　）		
			無・有（　　）		
			無・有（　　）		
			無・有（　　）		
			無・有（　　）		
			無・有（　　）		
			無・有（　　）		
			無・有（　　）		
			無・有（　　）		

ここには入園後の健診結果を記載します。
（保護者の方の記入は不要です）

欠席児健康診断結果

病気・けが等の記録

こちらは園の記入欄になります