

生 育 歴 (こども誰でも通園用) 名前 ()

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|-----------------------------------|-------------------------------|-----------|----------------------|---|----------|---------|------------------------------|---------|------|--------|-----|----------|-----|----|------|----------|------|-------------------------------|------|-----|-----|------|
| 出生期 | 第 | 妊娠 週 早産 吸引分娩 手術 新生児仮死 | 身長 | cm | 頭囲 | cm | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 子 | 保育器使用 (あり・なし) 光線療法(あり・なし) 退院(生後) | 体重 | g | 胸囲 | cm | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 乳児期 | 発育(良好・普通・不良) 体質() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 栄養(母乳・人工・混合) 離乳(未・開始 月・完了期 月) 生歯(月) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 首が座る(月) 寝返り(月) 人見知り(月) 片言発語(月) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | はいはい(ずりばい 月・よつばい 月・たかばい 月) 歩行(月) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既往症(年齢) | | | | | | かかりやすい病気(○印) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 川崎病 | ジフテリア | 麻疹 | 耳下腺炎 <small>おたふくかぜ</small> | 風疹 | 水痘 | 突発性発疹 | 百日咳 | ヘルニア | 肺炎 | 手足口病・初発 | りんご病 | 溶連菌感染症 | 水腎症 | 熱性けいれん・初 | 皮膚炎 | 鼻炎 | ぜんそく | 泣き入りひきつけ | 気管支炎 | 亜脱臼 <small>(肘・肩・手)</small> | 自家中毒 | とびひ | 中耳炎 | 扁桃腺炎 |
| | オ | オ | オ | オ | オ | オ | オ | オ | オ | オ | オ | オ | オ | オ | オ | オ | オ | オ | オ | 左右 | 左右 | 左右 | 左右 | |
| 予防接種の記録 | 種類 | B型肝炎(定期) | | | ロタウイルス (1価・5価)(定期) | | | BCG(定期) | | 水痘(定期) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 年月日 | 1回 | 2回 | 3回 | 1回 | 2回 | 3回(5価のみ) | 1回 | 1回 | 2回 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 種類 | 小児用肺炎球菌(定期) | | | 日本脳炎(定期) | | | おたふくかぜ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 年月日 | 1期初回 | | | 1期追加 | | | 1期初回 | | 1期追加 | | 1回 | 2回 | | | | | | | | | | | |
| | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | | | | | | | | | | | | | |
| | 種類 | 5種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ)(定期) | | | | シナジス注射 <small>(RSウイルス感染の重症化予防)</small> | インフルエンザ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 年月日 | 1期初回 | | | | 1期追加 | 1回 | 2回 | 卵アレルギーによりワクチン接種できない (有 無) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 種類 | 麻疹・風疹(MR)(定期) | | 新型コロナウイルス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 年月日 | 1回 | 2回 | 1回 | 2回 | 3回 | 追加接種 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 内科 | 病院名 () 病院所在地 (甲賀市 町) 病院電話番号 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外科 | 病院名 () 病院所在地 (甲賀市 町) 病院電話番号 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記以外のかかりつけ医 | 上記以外のかかりつけ医がいる場合 (アレルギー外来・慢性疾患受診等) 病院名 () 病院電話番号 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |