

健康管理カード

児童名(ふりがな)		男	女	父		連絡先
住所		年	月	日	母	連絡先
児童が加入している健康保険証	記号	番号	保健者番号	保健者番号	名称	
予 防 接 種 ・ 感 染 症						
種 別	区 分	実 施 年 月 日	種 別	予 防 接 種	羅 患 日	
結 核	ツベルクリン	・ ・	水痘(水ぼうそう)	・ ・	・ ・	
	B C G	・ ・	麻疹(はしか)	・ ・	・ ・	
急性灰白髄炎 (ポリオ)	1回目		風疹(三日ばしか)	・ ・	・ ・	
	2回目		流行性耳下腺炎 (おたふく)	・ ・	・ ・	
三種混合 百日ぜき ジフテリア 破傷風	1 期	・ ・ ・ ・ ・ ・	その他の記録(入院、手術など)			
	追加(2期)	/ /				
日本脳炎	初 回	/ /				
	追 加	/ /				

入園時健康診査 年 月 日 太枠のみ記入して下さい

身長	cm	胸 部	胸 郭	<b>出 生 歴</b>  第_____子 分娩 正 常 ・ 異 常 (かんし・手術・吸引)  出生児体位 体重_____g 身長_____cm 頭 囲_____cm  その他(妊娠中、出産時の異常)
体重	kg		呼 吸 音	
胸 囲	cm		心 音	
体 格		腹 音		
栄 養		四 肢		
皮 膚		反 射 機 能		
頭 部				
眼		精 神 発 達		
耳 鼻 咽 喉				
医師の意見				
医師名			印	
備 考				
入 園 年 月 日 組				

