

# 身体発育記録

フリガナ		性別	生年月日	平・令	年	月	日( 歳)	
園児名		男・女	血液型	型 ・ 不明				
保護者名		電話番号		— —				
住所	阿蘇市							
☆哺乳： 母乳 ・ 混合 ・ 人工 ☆授乳時間： 規制授乳 ( 時間毎 ) ・ 不規則授乳 ☆離乳： 開始 ( ) か月 ~ ( ) 年 ( ) か月								
既往症 (病名)	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	
突発性発疹								
麻しん (はしか)								
風しん (三日はしか)								
水痘 (水ぼうそう)								
流行性耳下腺炎 (おたふく)								
気管支炎								
消化不良								
百日咳								
先天性心臓病								
ぜんそく								
溶蓮感染症								
☆健康管理上留意が必要な事項 (特に持病など詳しく)								
発育の遅れ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ことば ・ 知能 ・ 手足 ・ 視覚 ・ 聴覚 ・ 首のすわり ・ わからない )							
療育手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ 申請中 ) …障害内容 ( )							
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 種 級 ・ 申請中 ) ……障害内容 ( )							
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( )							
発 作	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (いつ頃 )							
かかりつけの 病院	内科	☎					保険証 国・社・共・ その他 記号 番号	
	外科	☎						
	歯科	☎						

## 予防接種の接種状況

※接種したものに○をしてください。

予防接種の種類	回 数			
Hib(ヒブワクチン)	初 回			追 加
	1 回目	2 回目	3 回目	
小児肺炎球菌	初 回			追 加
	1 回目	2 回目	3 回目	
四種混合 (ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ)	第1期初回			第1期追加
	1 回目	2 回目	3 回目	
三種混合 (ジフテリア・破傷風・百日咳)	第1期初回			第1期追加
	1 回目	2 回目	3 回目	
生ポリオ	1 回目		2 回目	
不活化ポリオ	初 回			追 加
	1 回目	2 回目	3 回目	
日本脳炎	1 期初回		1 期追加	
	1 回目	2 回目		
麻疹・風疹	1 期		2 期	
B C G				
インフルエンザ				
おたふくかぜ				
水 痘				
B型肝炎				

※この「身体発育記録」は、入園が決定した際に利用する施設へ提供し、入園前の面接等の資料として利用させていただきます。