

健康チェック表

記入日：平成 年 月 日

(フリガナ)		性別	生年月日	血液型
氏名		男・女	平成 年 月 日	RH
かかりつけの病院(医師名)				
内科	TEL			
耳鼻科	TEL			
眼科	TEL			
皮膚	TEL			
小児科	TEL			
歯科	TEL			
総合病院	TEL			
出生・出産	出産状況	自然分娩・帝王切開・早産(月)		
	出生時体重	g	妊娠週数	週 日
発達	首のすわり	年 月 日	おむつがはずれた時期	年 月 日
	はいはい	年 月 日	離乳した時期	年 月 日
	一人歩き	年 月 日	言葉を話し始めた時期	年 月 日
予防接種	DTP	一期(1・2・3)・追加	BCG	未・済
	ポリオ	未・1回・2回	おたふくかぜ	未・済
	日本脳炎	1回・2回	水ぼうそう	未・済
	はしか	未・済	インフルエンザ	未・1回・2回
	風疹	未・済	その他	
感染病歴	はしか	未・済	おたふくかぜ	未・済
	風疹	未・済	手足口病	未・済
	喉頭結膜炎	未・済	とびひ	未・済
	水ぼうそう	未・済	その他	
これまでにかかった病気など(病名・年齢)				
注意が必要な持病(例:アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、食物アレルギーなど)				
現在の健康状態				
とても良い・良い・やや悪い・通院中(病名など)				