

## 健 康 記 録

対象乳幼児	フリガナ		性 別
	氏 名	愛称      ちゃん	男 ・ 女
	住 所 (電話番号)	(Tel    -    -    )	
	生年月日 (年齢)	平成   年      月      日    (   才   ヶ月)	

### 1. 予防接種の記録

#### (1) 定期接種

#### (2) 任意接種

種 類	接 種 日	種 類	
三種混合	1回目      年   月   日		年   月   日
	2回目      年   月   日		年   月   日
	3回目      年   月   日		年   月   日
	追 加      年   月   日		年   月   日
ポ リ オ	1回目      年   月   日		年   月   日
	2回目      年   月   日		年   月   日
麻 疹	年   月   日		年   月   日
風 疹	年   月   日		年   月   日
B C G	年   月   日		年   月   日

### 2. 体温、血液型

平 熱	度      分
血 液 型	R h      +      -      A      B      O      AB

### 3. その他

アレルギ-	
過去の既往症	
①首のすわり (      ヶ月)      ④はいはい (      ヶ月)      ⑦歩き始め (      ヶ月) ②寝返り (      ヶ月)      ⑤つかまり立ち (      ヶ月) ③おすわり (      ヶ月)      ⑥伝い歩き (      ヶ月)	
お子様のくせ、特徴や性格があればご記入ください。	
その他、小児デイケア “もこもこ” に伝えたいことがあればご記入ください。	