

氏名 ()

分娩の経過	・妊娠中にかかった病気等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ・在胎期間 (週) <input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 ・特記事項						
出生時の身長等	<table border="1"> <tr> <td>身長 cm</td> <td>体重 g</td> <td>頭囲 cm</td> <td>胸囲 cm</td> <td>血液型</td> <td>A B O AB Rh (+・-)</td> </tr> </table>	身長 cm	体重 g	頭囲 cm	胸囲 cm	血液型	A B O AB Rh (+・-)
身長 cm	体重 g	頭囲 cm	胸囲 cm	血液型	A B O AB Rh (+・-)		
胸部レントゲン撮影	撮影日 年 月 日 撮影結果 ()						
予防接種	<input type="checkbox"/> BCG (年 月 日) <input type="checkbox"/> 四種混合 (百日せき・ジフテリア・破傷風・ポリオ) 1回目 (年 月 日) 2回目 (年 月 日) 3回目 (年 月 日) 追加 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん 第1期 (年 月 日) 第2期 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 第1期1回目 (年 月 日) 第1期2回目 (年 月 日) 第1期追加 (年 月 日) <input type="checkbox"/> ヒブ (年 月 日) (年 月 日) (年 月 日) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (年 月 日) (年 月 日) (年 月 日) <input type="checkbox"/> ロタウィルス (年 月 日) <input type="checkbox"/> 水痘 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 耳下せん炎 (年 月 日)						
定期健診	<input type="checkbox"/> 3ヵ月児健診を受けた (結果) <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 1歳6ヵ月児健診を受けた (結果) <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 3歳児健診を受けた (結果) <input type="checkbox"/> 受けていない						
既往症及び病歴	<input type="checkbox"/> 突発性発しん (歳 月) <input type="checkbox"/> 耳下せん炎 (歳 月) <input type="checkbox"/> 麻しん (歳 月) <input type="checkbox"/> 百日せき (歳 月) <input type="checkbox"/> 水痘 (歳 月) <input type="checkbox"/> 心臓病 (歳 月) <input type="checkbox"/> 風しん (歳 月) <input type="checkbox"/> 自家中毒 (歳 月) <input type="checkbox"/> その他						