

## 母子手帳チェック表

保護者 ご記入日	担当者 記入日
/	/

お子様のお名前	
保護者様のお名前（お母様）	
出産のご状況	<input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 左記以外
出産時の体重	g

検診受けられた時期にチェックをし、実際の受診日を記入してください。

健康 診断 受診 記録	検診時期	チェック	日付	1歳6か月以降の記録
	1ヶ月	<input type="checkbox"/>		
	3~4ヶ月	<input type="checkbox"/>		
	6~7ヶ月	<input type="checkbox"/>		
	9~10ヶ月	<input type="checkbox"/>		
	1歳	<input type="checkbox"/>		
	1歳6ヶ月	<input type="checkbox"/>		

受けた予防接種の回数にチェックを入れてください。

	1回目	2回目	3回目	4回目		
予 防 接 種 の 記 録	DPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	BCG	<input type="checkbox"/>				
	ポリオ(ヒトパピローマ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	MR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	日本脳炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Hib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	肺炎球菌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ロタウィルス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	水痘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	B型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	インフルエンザ	<input type="checkbox"/>				

今までにかかった大きな病気があれば、チェックをいれ、具体的な内容を記入してください。

※例 熱性けいれん 水疱瘡 など

病気 <input type="checkbox"/>	
その他特記事項	