

乳幼児・児童転入記録

記入日	年 月 日
転入日	年 月

氏名 _____ 男・女 (第 子) _____ 電話 _____

生年月日 _____ 年 月 日 (歳 か月) _____ (自宅・父・母)

現住所 _____ (前住所) _____ 都道府県 _____ 区市町村 _____

家族構成	名	健康状態	職業
父		良・不良()	なし・あり()
母		良・不良()	なし・あり()

乳健確認

出生時の状況

乳幼児健診(6歳までのお子さんをご記入ください)

在胎週数	週
体重	g
身長	cm
出生場所	
所在地	
分娩・出生時の異常	
異常なし	
あり()	
その他	

健診名	受診状況	受診日	内容	実施市町村
1か月健診	受けた・受けない	/	健・要指導	/
3~4か月健診	受けた・受けない	年 月 日	健・要指導	
6~7か月健診	受けた・受けない	/	健・要指導	/
9~10か月健診	受けた・受けない	/	健・要指導	/
1歳児健診	受けた・受けない	/	健・要指導	/
1歳6か月健診	受けた・受けない	年 月 日	健・要指導	
2歳6か月健診	受けた・受けない	/	健・要指導	/
3歳6か月健診	受けた・受けない	年 月 日	健・要指導	
備考				

予防接種(小学校6年生までのお子さんをご記入ください)

予防接種確認

ポリオ(生ワクチン) *経口		年 月 日	BCG		年 月 日	
ポリオ(不活化ワクチン) *注射	初回1回	年 月 日	三種混合	1期初回1回	年 月 日	
	初回2回	年 月 日		1期初回2回	年 月 日	
	初回3回	年 月 日		1期初回3回	年 月 日	
	追加	年 月 日		1期追加	年 月 日	
日本脳炎	1期初回1回	年 月 日	二種	2期	年 月 日	
	1期初回2回	年 月 日		四種混合	1期初回1回	年 月 日
	1期追加	年 月 日			1期初回2回	年 月 日
	2期	年 月 日			1期初回3回	年 月 日
Hib	1回	年 月 日	肺炎球菌		1期追加	年 月 日
	2回	年 月 日		1回	年 月 日	
	3回	年 月 日		2回	年 月 日	
	4回	年 月 日		3回	年 月 日	
4回	年 月 日	4回	年 月 日			
麻しん風しん混合(MR)	I 期	年 月 日	II 期	年 月 日		
水痘	1回	年 月 日	B型肝炎	1回	年 月 日	
	2回	年 月 日		2回	年 月 日	
ロタテック	1回	年 月 日		ロタリックス	3回	年 月 日
	2回	年 月 日	1回		年 月 日	
	3回	年 月 日	2回		年 月 日	