

海南省 儿童预防接种证

(凭证接种 全省通用)



海南省卫生健康委员会
海南省疾病预防控制中心
(家长必读 永久保存 入托入园入学必备)

儿童家长（监护人）须知

尊敬的儿童家长（监护人）：

按照《中华人民共和国传染病防治法》第十五条规定“国家实行有计划的预防接种制度”“国家对儿童实行预防接种证制度”及《疫苗管理法》第六条规定“国家实施免疫规划制度”“居住在中国的居民，依法享有接种国家免疫规划疫苗权利，履行接种国家免疫规划疫苗的义务，监护人应当依法保证适龄儿童按时接种免疫规划疫苗”。国家免疫规划项目的预防接种实行免费。为了确保您的孩子及时、全程地完成国家免疫规划疫苗接种，请您务必认真阅读本文，了解如下知识：

一、在医院或乡镇卫生院产房出生的儿童，医院或卫生院产房为新生儿接种第1针乙肝疫苗和卡介苗，并为其发放儿童预防接种证，未在产房接种卡介苗的儿童，可去儿童居住地的接种单位接种。婴儿满月时家长应携带本证到儿童居住地辖区的接种单位办理后续预防接种手续并接种第2针乙肝疫苗。

二、本证是孩子预防接种的永久性记录和凭证，请妥善保管。您孩子在入托、入园、入学时要查验儿童预防接种证。在办理出国手续时也需以接种证为原始接种证明。医务人员上门检查预防接种工作时请您协助，主动出示本证查验。如有损坏或遗失应及时到常规接种疫苗的接种单位办理补证手续。

三、海南省实行按儿童居住地进行预防接种的办法。您应携带本证到儿童居住地辖区的预防接种门诊进行接种。每次必须按预约或接种通知单上的时间给孩子接种疫苗（如果孩子因病可以暂时推后，孩子痊愈至少1周后再接种疫苗）。医务人员凭本证接种，每次接种后应在证上记录疫苗名称、接种日期、生产厂家、疫苗批号、接种部位、儿童健康状况并签名才有效。

四、如果您孩子的居住地发生变动，请及时到原居住地的接种单位办理转卡手续，并在1个月内主动向新居住地的接种单位出示接种卡、证并办理预防接种手续，以保证您孩子预防接种的连续与完整。

五、全国人大颁布的《疫苗管理法》规定“免疫规划疫苗，是指居民应当按照政府的规定接种的疫苗”，“非免疫规划疫苗，是指由居民自愿接种的其他疫苗”，“免疫规划疫苗政府免费向居民

提供”，“接种单位接种免疫规划疫苗不得收取任何费用“，”接种单位接种非免疫规划疫苗，除了收取疫苗费用外，还可以收取接种服务费“。

六、疫苗接种的时间可以推后，不能提前接种，当儿童因病不能及时接种疫苗，应在儿童完全恢复后及时进行补种。如儿童无接种禁忌症，您一定要按照国家规定的免疫程序完成每种疫苗的接种，不要半途而废。

七、疫苗接种绝大多数是安全的，但个别儿童接种疫苗后可能出现不同程度的接种反应，常见的反应如低热、局部红肿、硬结等症状，一般治疗3-5天即消失，家长不必担心。极个别儿童会出现其他罕见严重异常反应，因此家长在孩子预防接种前应了解预防接种相关知识，细心观察孩子接种前几天的健康状况，并如实向接种工作人员提供孩子的健康状况和接种禁忌等情况；孩子在接种完疫苗后必须在接种点停留观察30分钟，以便一旦出现严重异常反应能及时进行救护。孩子接种回家后家长要注意观察，一旦发现孩子反应程度较重、哭闹不止、高烧不退、局部反应较重等症状的、或可能偶合其他疾病的，请及时送往医院进行救治并及时报告接种单位。每种疫苗的不良反应该仔细阅读预防接种告知书和疫苗说明书。



八、如果免疫规划疫苗和非免疫规划疫苗接种时间冲突时，原则上应优先接种免疫规划疫苗。

当地预防接种单位电话： _____

市县（区）疾控中心电话： _____

接种证条形码：（印刷处）

儿 童 基 本 情 况

2021 版

接种卡编号：_____

儿童姓名：_____ 性别：_____

民族：_____族

出生日期：_____年_____月_____日_____时_____分

胎龄：_____周

出生地点：_____

出生体重：_____千克

家庭常住地址：_____

属性： 本地 外来 户籍地址：_____省_____市_____县（区）

家长姓名 父亲_____ 母亲_____

联系电话 父亲_____ 母亲_____

父亲：HBsAg（阳性 阴性）

母亲：HBsAg（阳性 阴性）

HIV（阳性 阴性）

儿童迁(寄)居记录

迁(寄)居时间	迁(寄)居地址	迁(寄)居地预防接种电话
/ /		
/ /		

建证日期：_____年_____月_____日

发证单位_____（盖章）

儿童健康状况记录

过敏史记录

过敏原	发生过敏日期	过敏症状	记录日期

预防接种禁忌症记录

预防接种禁忌症名称	发生日期	记录日期

疑似预防接种异常反应记录

疫苗名称	生产厂家	生产批号	接种日期	反应发生日期	反应症状描述

疫苗可预防疾病和严重疾病发病记录

疾病名称	发病日期	诊治单位	记录日期

海南省儿童免疫规划疫苗免疫程序表

儿童接种 起始月龄	乙 肝	卡介苗	脊 灰	百白破	麻腮风	A 群 流脑	A+C 群 流脑	甲 肝	乙 脑	白 破
出生时	第 1 针	1 针								
1 月龄	第 2 针									
2 月龄			第 1 剂							
3 月龄			第 2 剂	第 1 针						
4 月龄			第 3 剂	第 2 针						
5 月龄				第 3 针						
6 月龄	第 3 针					第 1 针 第 2 针				
8 月龄				第 1 针				第 1 针		
9 月龄										
18 月龄										
18-24 月龄				第 4 针	第 2 针			1 针		
2 岁									第 2 针	
3 岁							第 1 针			
4 岁			第 4 剂							
6 岁							第 2 针			1 针

常见非免疫规划疫苗（遵循自愿、自费原则）

疫苗名称		可预防疾病、推荐接种人群、接种建议
五联疫苗(DPT、IPV、HIB)		主要用于2月龄以上(含2月龄)婴幼儿,预防脊髓灰质炎(小儿麻痹症)、百日咳、白喉、破伤风、脑膜炎和肺炎等,在2、3、4月龄或3、4、5月龄完成3剂基础免疫,18月龄再加强1剂。
b型流感嗜血杆菌疫苗(Hib)		用于预防b型流感嗜血杆菌引起的脑膜炎和肺炎,2月龄~5岁的儿童接种。
水痘疫苗		用于预防水痘,≥12月龄儿童,按说明书中的免疫程序接种。
手足口病疫苗		用于预防EV71感染所致的手足口病,≥6月龄儿童接种两剂,按具体疫苗说明书中的免疫程序接种。
流感疫苗		用于预防流行性病毒性感冒,≥6月龄易感人群,按说明书中的免疫程序接种。
四联苗(DPT、HIB)		用于预防百日咳、白喉、破伤风、脑膜炎和肺炎等,满3、4、5月龄完成基础免疫,18月龄再加强1剂。
甲肝灭活疫苗		用于预防甲型肝炎,≥18月龄儿童,按说明书中的免疫程序接种。
乙脑灭活疫苗		用于预防流行性乙型脑炎,≥8月龄儿童,按说明书中的免疫程序接种。
轮状病毒疫苗	口服轮状病毒疫苗	用于预防A群轮状病毒引起腹泻,2月龄~3岁以内的儿童每年口服一次。
	五价轮状病毒疫苗	用于预防A群5个亚型轮状病毒引起腹泻,6周龄~32周龄,口服3剂次,间隔4~10周。
肺炎球菌疫苗	13价	用于预防13种血清型所致的肺炎球菌肺炎,推荐给予6周龄~5岁儿童接种,不同企业的疫苗其接种程序不同,按其具体疫苗说明书的免疫程序接种。
	23价	用于预防23种血清型所致的肺炎球菌肺炎,≥2岁儿童,按说明书中的免疫程序接种。
流脑疫苗	A+C群多糖结合	用于预防A、C脑膜炎球菌引起的流行性脑脊髓膜炎,接种起始月龄为3月龄或6月龄,不同企业的疫苗其接种程序不同,按其具体疫苗说明书的免疫程序接种。
	ACYW ₁₃₅ 群多糖	用于预防A、C、Y、W ₁₃₅ 群脑膜炎球菌引起的流行性脑脊髓膜炎,2周岁以上儿童及成年的高危人群使用。
	AC群HIB联合疫苗	用于预防A群、C群流脑细菌以及b型流感嗜血杆菌引起的脑膜炎、肺炎、败血症等感染性疾病。

说明:表中所列疫苗的接种程序为推荐程序,具体使用按国家非免疫规划疫苗使用指导原则、技术指南、省级接种方案和/或疫苗说明书执行。由于篇幅的限制,只列举常见非免疫规划疫苗,未列举的疫苗请咨询接种单位医生。

免疫规划疫苗接种记录（含配合疫苗使用的生物制品）

名称	针次	接种年月日	疫苗厂家	批号	接种部位	儿童健康状况	接种单位	接种员签名
乙肝 HBIG	1							
乙肝 疫苗 HepB	1							
	2							
	3							
卡介苗 BCG	1							
脊髓灰 质炎疫 苗PV (含IPV 成分疫 苗可替 代)	1							
	2							
	3							
	4							

名称	针次	接种年月日	疫苗厂家	批号	接种部位	儿童健康状况	接种单位	接种员签名
无细胞百白破疫苗 DTaP	1							
	2							
	3							
	4							
麻腮风 MMR 疫苗	1							
	2							
乙脑减毒活疫苗 JE-L	1							
	2							
白破疫苗 DT	1							

名称	针次	接种年月日	疫苗厂家	批号	接种部位	儿童健康状况	接种单位	接种员签名
流脑 A 群 疫苗 MPV-A	1							
	2							
流脑 A+C 群疫苗 MPV-AC	1							
	2							
甲肝减 毒活疫苗 HepA-L	1							

注：1、如有接种乙肝免疫球蛋白请填写至相应栏目中；2、如使用含 IPV 成分疫苗替代脊灰活疫苗，请注明。3、特殊儿童接种乙肝第四针，请填写至免疫规划疫苗记录空白处。

非免疫规划疫苗接种记录

名称	针次	接种年月日	疫苗厂家	批号	接种部位	儿童健康状况	接种单位	接种员签名

非免疫规划疫苗接种记录

名称	针次	接种年月日	疫苗厂家	批号	接种部位	儿童健康状况	接种单位	接种员签名

注：非免疫规划疫苗根据实际接种的情况进行登记。

非免疫规划疫苗接种记录

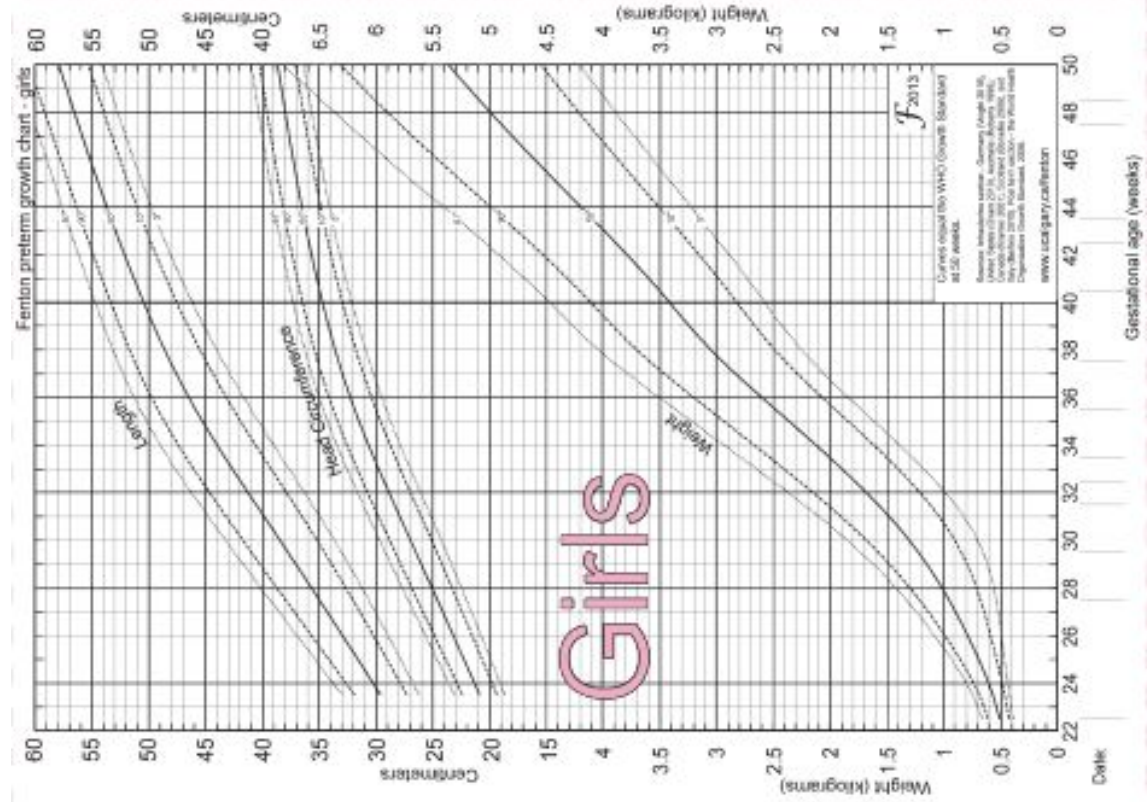
名称	针次	接种年月日	疫苗厂家	批号	接种部位	儿童健康状况	接种单位	接种员签名

补充免疫及应急接种记录

名称	针次	接种年月日	疫苗厂家	批号	接种部位	儿童健康状况	接种单位	接种员签名



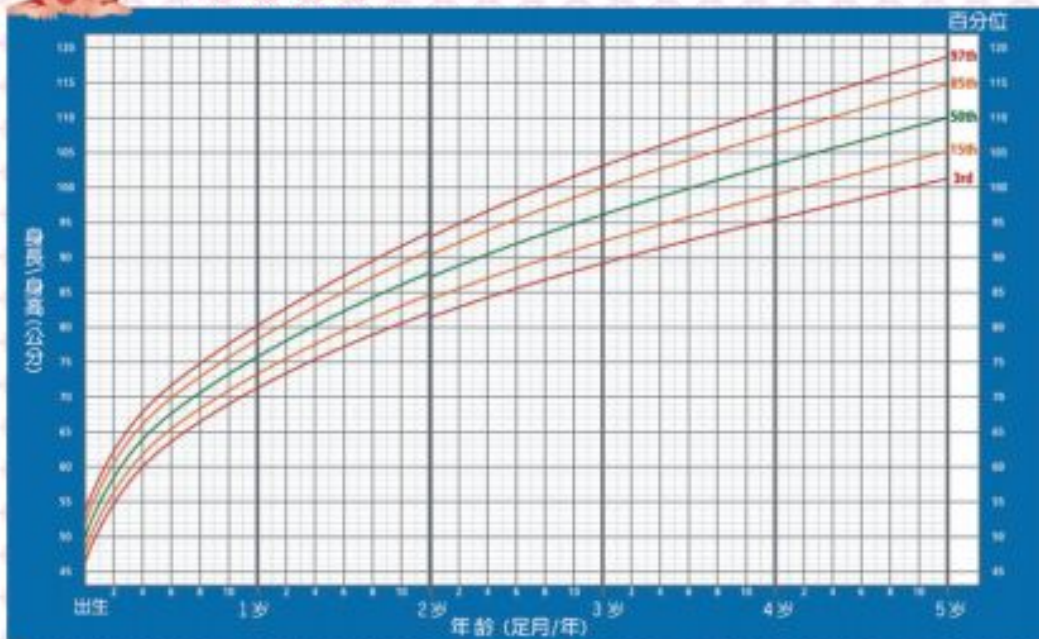
**一切为了孩子。
让我们携手为孩子们。
共筑绿色健康长廊!**





男孩年龄及身长/身高图

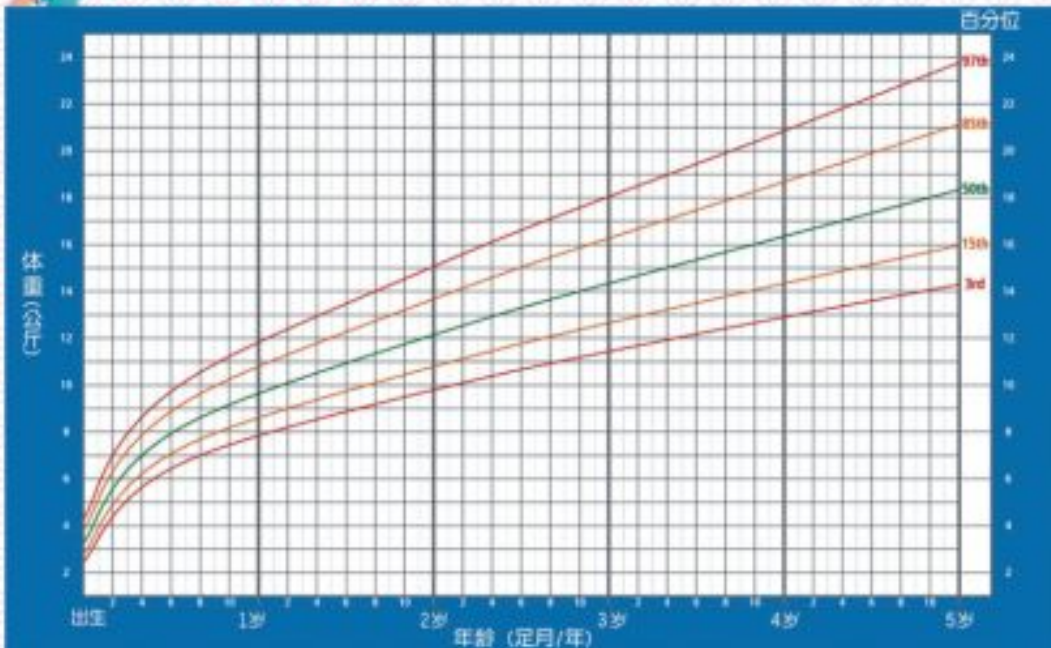
出生至5岁的百分位





男孩年龄及体重图

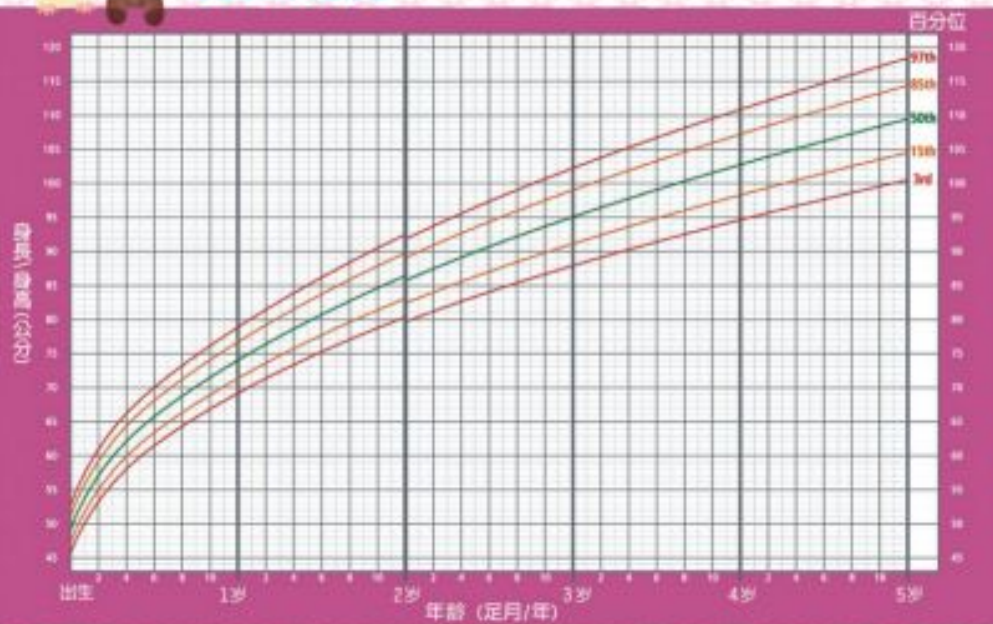
出生至5岁的百分位



0-5岁儿童生长曲线图



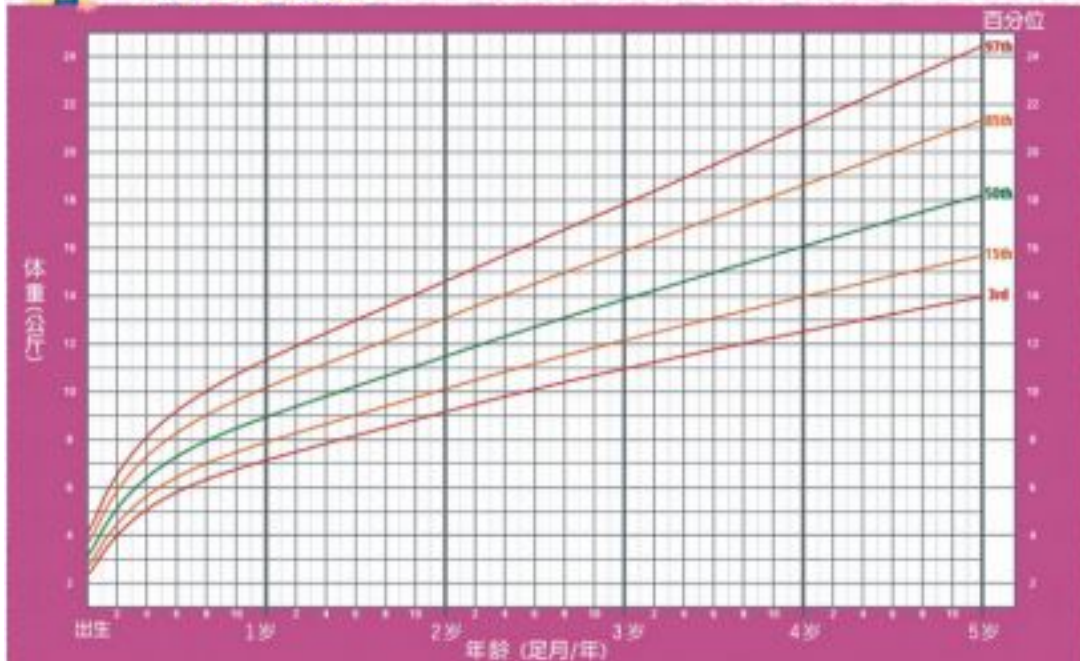
女孩年龄及身长/身高图
出生至5岁的百分位





女孩年龄及体重图

出生至5岁的百分位



儿童入园（所）健康检查表

姓 名		性 别		年 龄		出 生 日 期	年 月 日				
既往病史	1. 先天性心脏病 2. 癫痫 3. 高热惊厥 4. 哮喘 5. 其他										
过敏史						儿童家长确认签名					
体格 检查	体重	kg	评价		身高（高）	cm	评价		皮肤		
	眼	左	视力	左	耳	左	口腔	牙齿数			
		右		右		右		龋齿数			
	头颅			胸廓			脊柱四肢			咽部	
	心肺			肝脾			外生殖器			其他	
辅助 检查	血红蛋白(Hb)					丙氨酸氨基转移酶(ALT)					
	其他										
检查结果					医生意见						
<p>医生签名：_____ 检查单位：_____</p> <p>体检日期：_____年 月 日 _____（检查单位盖章）</p>											

6岁健康检查记录

(检查日期： 年 月 日 实足年龄： 岁 月)

体重： _____ kg，评价 _____ 身高： _____ cm，评价 _____ 身高别体重： _____

胸围： _____ cm

体格发育评价： 1. 正常 2. 低体重 3. 消瘦 4. 发育迟缓 5. 超重

胸部： _____ 肺脏： _____ 心脏： _____ 腹部： _____

脊柱： _____ 四肢： _____ 其他： _____

视力： 1. 左： _____ 2. 右 _____ 听力： 1. 左： _____ 2. 右 _____

牙齿： _____ 颗 龋齿： _____ 颗

Hb： _____ g/L RBC： _____ $10^{12}/L$ WBC： _____ $10^9/L$

发育评估： 1. 不会表达自己的感受或想法 2. 不会玩角色扮演的集体游戏
3. 不会画方形 4. 不会奔跑

智能发育 (DDST)： 正常 异常 可疑 不合作

疾病诊治情况：

指导意见：

检查者 (签字)：

5岁健康检查记录

(检查日期: 年 月 日 实足年龄: 岁 月)

体重: _____ kg, 评价 _____ 身高: _____ cm, 评价 _____ 身高别体重: _____

胸围: _____ cm

体格发育评价: 1. 正常 2. 低体重 3. 消瘦 4. 发育迟缓 5. 超重

胸部: _____ 肺脏: _____ 心脏: _____ 腹部: _____

脊柱: _____ 四肢: _____ 其他: _____

视力: 1. 左: _____ 2. 右: _____ 听力: 1. 左: _____ 2. 右: _____

牙齿: _____ 颗 龋齿: _____ 颗

Hb: _____ g/L RBC: _____ $10^{12}/L$ WBC: _____ $10^9/L$

发育评估: 1. 不能简单叙说事情经过 2. 不知道自己的性别

3. 不会用筷子吃饭 4. 不会单脚跳

智能发育 (DDST): 正常 异常 可疑 不合作

疾病诊治情况:

指导意见:

检查者 (签字):

4岁健康检查记录

(检查日期: 年 月 日 实足年龄: 岁 月)

体重: _____ kg, 评价 _____ 身高: _____ cm, 评价 _____ 身高别体重: _____

胸围: _____ cm

体格发育评价: 1. 正常 2. 低体重 3. 消瘦 4. 发育迟缓 5. 超重

胸部: _____ 肺脏: _____ 心脏: _____ 腹部: _____

脊柱: _____ 四肢: _____ 其他: _____

视力: 1. 左: _____ 2. 右: _____ 听力: 1. 左: _____ 2. 右: _____

牙齿: _____ 颗 龋齿: _____ 颗

Hb: _____ g/L RBC: _____ $10^{12}/L$ WBC: _____ $10^9/L$

发育评估: 1. 不会说带形容词的句子 2. 不能按要求等待或轮流
3. 不会独立穿衣 4. 不会单脚站立

智能发育 (DDST): 正常 异常 可疑 不合作

疾病诊治情况:

指导意见:

检查者 (签字):

3岁健康检查记录

(检查日期: 年 月 日 实足年龄: 岁 月)

体重: _____ kg, 评价 _____ 身高: _____ cm, 评价 _____ 身高别体重: _____

胸围: _____ cm

体格发育评价: 1. 正常 2. 低体重 3. 消瘦 4. 发育迟缓 5. 超重

胸部: _____ 肺脏: _____ 心脏: _____ 腹部: _____

脊柱: _____ 四肢: _____ 其他: _____

视力: 1. 左: _____ 2. 右: _____ 听力: 1. 左: _____ 2. 右: _____

眼外观 1. 未见异常 2. 异常 牙齿: _____ 颗 龋齿 _____ 颗

Hb: _____ g/L RBC: _____ $10^{12}/L$ WBC: _____ $10^9/L$

发育评估: 1. 不会说自己的名字 2. 不会玩“拿棍当马骑”等假想游戏
3. 不会模仿画圆 4. 不会双脚跳

智能发育 (DDST): 正常 异常 可疑 不合作

疾病诊治情况:

指导意见:

检查者 (签字):

30个月健康检查记录

(检查日期： 年 月 日 实足年龄： 岁 月)

喂养方式： 1. 纯母乳 2. 混合 3. 人工

食欲： 1. 好 2. 中 3. 差

体重： _____ kg，评价 _____ 身高： _____ cm，评价 _____ 身高别体重： _____

胸围： _____ cm 头围： _____ cm

前凶： 1 闭合 2 未闭 _____ cm × _____ cm

面色： _____ 眼外观 1. 未见异常 2. 异常 耳外观： 1. 未见异常 2. 异常

口腔： _____ 出牙： _____ 颗 胸部： _____ 肺脏： _____ 心脏： _____

腹部： _____ 肝脏： _____ 脾脏： _____ 脊柱四肢： _____

外生殖器： _____ 其他： _____

Hb： _____ g/L RBC： _____ $10^{12}/L$ WBC： _____ $10^9/L$

其它检查： _____

中医药健康指导： _____

发育评估： 1. 不会说 2-3 个字的短语 2. 兴趣单一、刻板 3. 不会示意大小便 4. 不会跑

智能发育 (DDST)： 正常 异常 可疑 不合作

夜惊 多汗 烦躁 方颅 鸡胸 漏斗胸 “O”型腿 “X”型腿

疾病诊治情况： _____

指导意见： _____

检查者（签字）：

24个月健康检查记录

(检查日期: 年 月 日 实足年龄: 岁 月)

喂养方式: 1. 纯母乳 2. 混合 3. 人工

食欲: 1. 好 2. 中 3. 差

体重: _____ kg, 评价 _____ 身高: _____ cm, 评价 _____ 身高别体重: _____
胸围: _____ cm 头围: _____ cm 前凶: 1 闭合 2 未闭 _____ cm × _____ cm

面色: _____ 眼外观 1. 未见异常 2. 异常 耳外观: 1. 未见异常 2. 异常

口腔: _____ 出牙: _____ 颗 胸部: _____ 肺脏: _____ 心脏: _____

腹部: _____ 肝脏: _____ 脾脏: _____ 脊柱四肢: _____

外生殖器: _____ 其他: _____

Hb: _____ g/L RBC: _____ $10^{12}/L$ WBC: _____ $10^9/L$

其它检查: _____

中医药健康指导: _____

发育评估: 1. 不会说 3 个物品的名称 2. 不会扶栏上楼梯台阶

3. 不会按吩咐做简单的事情 4. 不会用勺吃饭

智能发育 (DDST): 正常 异常 可疑 不合作 夜惊 多汗

烦躁 方颅 鸡胸 漏斗胸 “O”型腿 “X”型腿

疾病诊治情况: _____

指导意见: _____

检查者 (签字): _____

18个月健康检查记录

(检查日期: 年 月 日 实足年龄: 岁 月)

喂养方式: 1. 纯母乳 2. 混合 3. 人工

食欲: 1. 好 2. 中 3. 差

体重: _____ kg, 评价 _____ 身高: _____ cm, 评价 _____ 身高别体重: _____

胸围: _____ cm 头围: _____ cm 前凶: 1 闭合 2 未闭 _____ cm × _____ cm

面色: _____ 眼外观 1. 未见异常 2. 异常 耳外观: 1. 未见异常 2. 异常

口腔: _____ 出牙: _____ 颗 胸部: _____ 肺部: _____ 心脏: _____

腹部: _____ 肝脏: _____ 脾脏: _____ 脊柱四肢: _____

外生殖器: _____ 其他: _____

Hb: _____ g/L RBC: _____ $10^{12}/L$ WBC: _____ $10^9/L$

其它检查: _____

中医药健康指导: _____

发育评估: 1. 不会有意识叫“爸爸”或“妈妈” 2. 不会按要求指人物

3. 不会独走 4. 与人无目光交流

智能发育 (DDST): 正常 异常 可疑 不合作 夜惊 多汗

烦躁 方颅 鸡胸 漏斗胸 “O”型腿 “X”型腿

疾病诊治情况: _____

指导意见: _____

检查者 (签字): _____

12个月健康检查记录

(检查日期: 年 月 日 满 个月 天)

喂养方式: 1. 纯母乳 2. 混合 3. 人工 食欲: 1. 好 2. 中 3. 差

体重: _____ kg, 评价 _____ 身高: _____ cm, 评价 _____ 身高别体重: _____

胸围: _____ cm 头围: _____ cm 前凶: 1 闭合 2 未闭 _____ cm × _____ cm

听力筛查: 1 通过 2. 未通过

面色: _____ 眼外观 1. 未见异常 2. 异常 耳外观: 1. 未见异常 2. 异常

口腔: _____ 出牙: _____ 颗 胸部: _____ 肺部: _____ 心脏: _____

腹部: _____ 肝脏: _____ 脾脏: _____ 脊柱四肢: _____

脊柱四肢: _____ 其他: _____

Hb: _____ g/L RBC: _____ $10^{12}/L$ WBC: _____ $10^9/L$

其它检查: _____

中医药健康指导: _____

发育评估: 1. 不会模仿“再见”或“欢迎”动作 2. 呼唤名字无反应

3. 不会用拇食指对小物品 4. 不会扶物站立

智能发育(DDST): 正常 异常 可疑 不合作 夜惊 多汗

烦躁 方颅 鸡胸 漏斗胸 “O”型腿 “X”型腿

疾病诊治情况: _____

指导意见: _____

检查者(签字): _____

8个月健康检查记录

(检查日期: 年 月 日 满 个月 天)

喂养方式: 1. 纯母乳 2. 混合 3. 人工

辅食添加: 食欲: 1. 好 2. 中 3. 差

体重: _____ kg, 评价 _____ 身高: _____ cm, 评价 _____ 身高别体重: _____

胸围: _____ cm 头围: _____ cm

前囟: 1 闭合 2 未闭 _____ cm × _____ cm

听力筛查: 1 通过 2. 未通过

面色: _____ 眼外观 1. 未见异常 2. 异常 耳外观: 1. 未见异常 2. 异常

口腔: _____ 出牙: _____ 颗 胸部: _____ 肺脏: _____ 心脏: _____ 腹部: _____

脊柱四肢: _____ 髋关节: _____ 外生殖器: _____ 其他: _____

Hb: _____ g/L RBC: _____ $10^{12}/L$ WBC: _____ $10^9/L$

其它检查: _____

中医药健康指导: _____

发育评估: 1. 听到声音无应答 2. 不会区分生人和熟人 3. 双手间不会传递玩具 4. 不会独坐

智能发育 (DDST): 正常 异常 可疑 不合作

夜惊 多汗 烦躁 方颅 枕秃

疾病诊治情况: _____

指导意见: _____

检查者（签字）：

6个月健康检查记录

(检查日期: 年 月 日 满 个月 天)

喂养方式: 1. 纯母乳 2. 混合 3. 人工

辅食添加: 食欲: 1. 好 2. 中 3. 差

体重: _____ kg, 评价 _____ 身高: _____ cm, 评价 _____ 身高别体重: _____

胸围: _____ cm 头围: _____ cm

前囟: 1 闭合 2 未闭 _____ cm × _____ cm

听力筛查: 1 通过 2. 未通过

面色: _____ 眼外观 1. 未见异常 2. 异常 耳外观: 1. 未见异常 2. 异常

口腔: _____ 出牙: _____ 颗 胸部: _____ 肺脏: _____ 心脏: _____ 腹部: _____

脊柱四肢: _____ 髋关节: _____ 其他: _____

Hb: _____ g/L RBC: _____ $10^{12}/L$ WBC: _____ $10^9/L$

其它检查: _____

中医药健康指导: _____

发育评估: 1. 发音少, 不会笑出声 2. 紧握拳, 松不开 3. 不会伸手抓物 4. 不能扶坐

智能发育 (DDST): 正常 异常 可疑 不合作

夜惊 多汗 烦躁 方颅 枕秃

疾病诊治情况: _____

指导意见: _____

检查者 (签字): _____

3 个月健康检查记录

(检查日期: 年 月 日 满 个月 天)

喂养方式: 1. 纯母乳 2. 混合 3. 人工

喂养状况: 1. 良好 2. 需要指导 食欲: 1. 好 2. 中 3. 差

体重: _____ kg, 评价 _____ 身高: _____ cm, 评价 _____ 身高别体重: _____

胸围: _____ cm 头围: _____ cm

前囟: 1 闭合 2 未闭 _____ cm × _____ cm

面色: _____ 眼外观 1. 未见异常 2. 异常 耳外观: 1. 未见异常 2. 异常

口腔: _____ 胸部: _____ 肺脏: _____ 心脏: _____

腹部: _____ 脊柱四肢: _____ 髋关节: _____ 颈部包块: 1 有 2 无

外生殖器: _____

夜惊 多汗 烦躁 枕秃

发育评估: 1. 对很大声音没有反应 2. 不注视人脸, 不追视移动人或物品

3. 逗引时不发音或不会微笑 4. 俯卧时不会抬头

疾病诊治情况:

指导意见:

检查者(签字):

42 天健康检查记录

(检查日期: 年 月 日 满 个月 天)

喂养方式: 1. 纯母乳 2. 混合 3. 人工

精神状态: 1. 好 2. 中 3. 差 睡眠: 1. 好 2. 中 3. 差

大小便: 1. 正常 2. 稀 3. 便秘 黄疸: 1. 有 2. 无

脐部: 1. 正常 2. 脱落 3. 渗出 眼外观: 1. 未见异常 2. 异常

口腔粘膜: 1. 正常 2. 有病变 耳外观: 1. 未见异常 2. 异常

毛发稀 枕秃 夜惊 多汗 烦躁

体重: _____ kg, 评价 _____ 身高: _____ cm, 评价 _____

胸围: _____ cm, 评价 _____ 头围: _____ cm, 评价 _____

前凶: _____ cm × _____ cm, 评价 _____ 颈部包块: 1 有 2 无

面色: _____ 胸部: _____ 肺脏: _____ 心脏: _____

腹部: _____ 肝脏: _____ 脾脏: _____ 脊柱四肢: _____

外生殖器: _____ 髋关节: _____

发育评估: 1 通过 2 未通过 服用维生素 D _____ IU/日

指导意见: _____

检查者(签字): _____

28 天健康检查记录

(检查日期: 年 月 日 满 个月 天)

喂养方式: 1. 纯母乳 2. 混合 3. 人工

精神状态: 1. 好 2. 中 3. 差 睡眠: 1. 好 2. 中 3. 差

大小便: 1. 正常 2. 稀 3. 便秘 黄疸: 1. 有 2. 无

脐部: 1. 正常 2. 脱落 3. 渗出 眼外观: 1. 未见异常 2. 异常

口腔粘膜: 1. 正常 2. 有病变 耳外观: 1. 未见异常 2. 异常

毛发稀 枕秃 夜惊 多汗 烦躁

体重: _____ kg, 评价 _____ 身长: _____ cm, 评价 _____

胸围: _____ cm, 评价 _____ 头围: _____ cm, 评价 _____

前凶: _____ cm × _____ cm, 评价 _____ 颈部包块: 1 有 2 无

面色: _____ 胸部: _____ 肺脏: _____ 心脏: _____

腹部: _____ 肝脏: _____ 脾脏: _____ 脊柱四肢: _____

外生殖器: _____ 髋关节: _____

发育评估: 1 通过 2 未通过 服用维生素 D _____ IU/日

先天性心脏病筛查阳性儿诊断: 1. 已做 (诊断结果: 发现 未发现 待确认) 2. 未做

指导意见:

检查者(签字):

新生儿家庭访视记录

访视日期： 年 月 日 实足日龄： 日

喂养方式：1. 纯母乳 2. 混合 3. 人工

面色：1. 红润 2. 黄染 3. 其他 _____

大便：1. 糊状 2. 稀 体重： _____ kg 体温： _____ °C

脉率 _____ 次/分钟，呼吸频率： _____ 次/分钟

眼外观 1. 未见异常 2. 异常 耳外观 1. 未见异常 2. 异常

鼻外观 1. 未见异常 2. 异常 脊柱 1. 未见异常 2. 异常

皮肤： 1. 未见异常 2. 湿疹 3. 糜烂 4. 其他 _____

口腔： 1. 未见异常 2. 异常 _____ 颈部包块 1 无 2 有 _____

腹部： 1. 未见异常 2. 异常

脐带： 1. 未脱 2. 脱落 3. 脐部有渗出 4. 其他 _____

外生殖器：1. 未见异常 2. 异常 肛门 1. 未见异常 2. 异常

指导：1. 喂养指导 2. 发育指导 3. 防病指导 4. 预防伤害指导 5. 口腔保健指导

新生儿疾病筛查：

PKU：1. 已做 2. 未做 CH：1. 已做 2. 未做 G-6-PD：1. 已做 2. 未做

听力筛查：1. 通过 2. 需复查 3. 未做

先天性心脏病筛查：1. 已做 (筛查结果：阴性 阳性 ，请 28 天随访) 2. 未做

访视医生(签字)：

请按以下预约日期健康检查

体检年龄	预约日期	体检年龄	预约日期
出院后1周内	年 月 日	18月	年 月 日
28天	年 月 日	24月	年 月 日
42天	年 月 日	30月	年 月 日
3月	年 月 日	3岁	年 月 日
6月	年 月 日	4岁	年 月 日
8月	年 月 日	5岁	年 月 日
12月	年 月 日	6岁	年 月 日

儿 童 基 本 情 况

手册编号：

IC 卡号：

儿童姓名：_____

性别：_____

出生日期：_____年_____月_____日

父亲姓名：_____

联系电话：_____

母亲姓名：_____

联系电话：_____

家庭住址：_____

温馨提示

一、孩子出生后请家长按照健康体检程序按时带您的孩子定期到各级定点医疗保健机构做健康体检，儿童保健工作者将提供健康体检和科学的育儿知识，为儿童的健康成长保驾护航。

二、本手册是您的宝宝一生中 0-6 岁时期的健康档案，是今后入托、入园、入学的必备资料，请家长妥善保管。

三、本手册所列项目内容是目前我省儿童保健必须做好的工作要求，是每一个儿童最基本的保健服务内容。0-6 岁儿童健康管理是国家基本公共卫生服务项目之一，各级定点医疗保健机构为 0-6 岁儿童提供免费体检服务。

海南省 0-6岁儿童健康管理手册



海南省卫生健康委员会
海南省妇女儿童医学中心
(家长必读 永久保存 入托入园入学必备)