

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“国家实行免疫规划制度”“居住在中国境内的居民，依法享有接种免疫规划疫苗的权利，履行接种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，请妥善保存。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、《中华人民共和国疫苗管理法》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。政府免费向居民提供免疫规划疫苗,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请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。

海南省疾病预防控制中心



当地预防接种单位电话: _____

市县(区)疾控中心电话: _____

儿童基本情况

2022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 灭活疫苗	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									
8月龄					第1针	第1针 第2针			第1针	
9月龄										
18月龄								第1针		
18-24月龄				第4针	第2针					
2岁								第2针	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。
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。
	ACYW ₁₃₅ 群结合 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,≥3月龄儿童,按说明书中的免疫程序接种。

说明:表中列出的疫苗接种程序为推荐程序,具体使用按疫苗说明书和/或国家非免疫规划疫苗使用指导原则、技术指南、省级接种方案执行,全部疫苗必须在医生指导下进行接种。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							
甲肝 灭活 疫苗 HepA-I	1							
	2							

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。

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

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

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。

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

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)

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。

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：_____

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

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)：

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 _____

前囟: _____ 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):

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 _____ 身长: _____ cm, 评价 _____

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

前囟: _____ 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):

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 _____ 身长: _____ 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):

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): _____

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): _____

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.不会用拇食指对捏小物品 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):

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.不会有意识叫“爸爸”或“妈妈” 2.不会按要求指人或物
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):

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):

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):

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):

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):

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):

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):

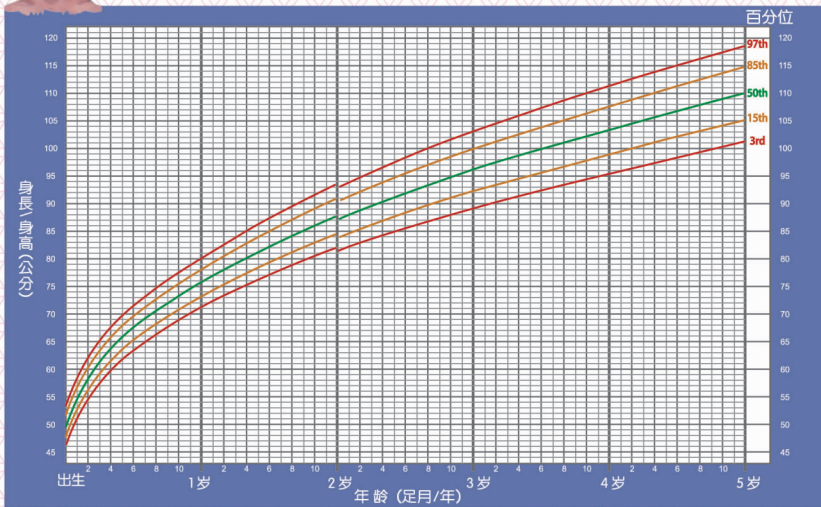
儿童入园(所)健康检查表

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						
医生签名:				检查单位:							
体检日期: 年 月 日				(检查单位盖章)							



男孩年龄及身长/身高图

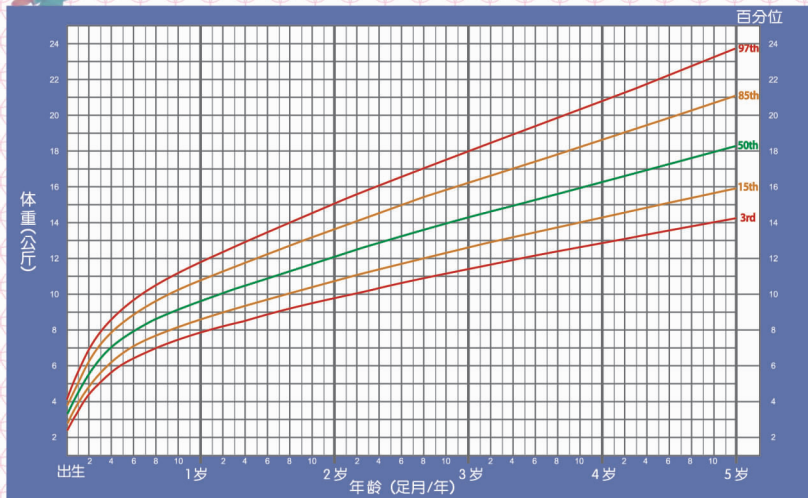
出生至5岁的百分位





男孩年龄及体重图

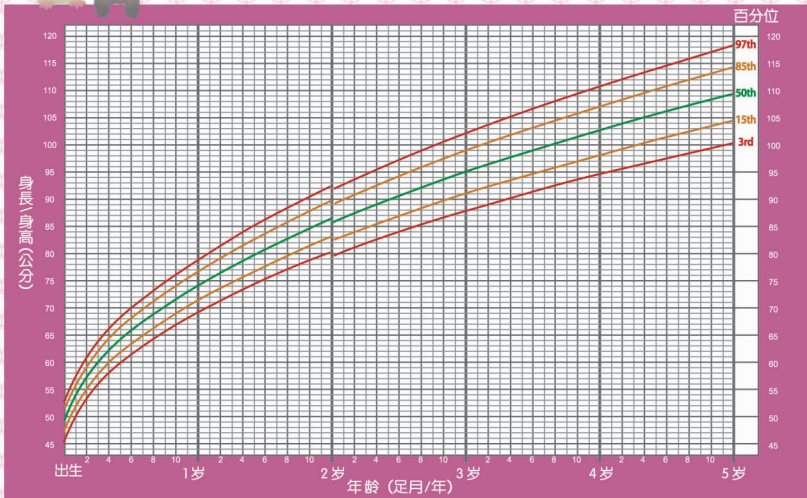
出生至5岁的百分位





女孩年龄及身高/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

