

## 児 童 の 健 康 状 況 表

児童名	(フリガナ)			男・女	生年月日	・	・	血液型				
					満年齢				A・B・O・AB Rh +・-			
保険証	記号・番号				乳幼児医療・ ひとり親家庭 等医療の番号							

1 過去に大きな病気をしたことがありますか。

<input type="checkbox"/> ない	⇒		
<input type="checkbox"/> ある		はしか、風疹、百日咳、水疱瘡、おたふくかぜ、肺炎、中耳炎、気管支炎、川崎病、リンパ線炎、小児喘息、ひきつけ、その他（ ）	かかった時期（ ）

2 現在の健康状態は

<input type="checkbox"/> 健康	⇒	病名 (症状)			
<input type="checkbox"/> 治療中		かかりつけの病院	TEL	-	

3 歩行、視力、聴力、言語等に障害がありますか。

<input type="checkbox"/> ない	⇒	障害の部位 及び 状況			
<input type="checkbox"/> ある					

4 かかりやすい病気は

かぜ、腹痛、下痢、便秘、中耳炎、鼻炎、ひきつけ、だっきゅう、歯痛、その他（ ）
---

5 アレルギー体質ですか

1 アトピー性皮膚炎	2 薬アレルギー（ ）
3 食事によるアレルギー（ ）	4 その他（ ）

6 食事・習慣等

食事は一人で食べることが	1 できる	2 できない		
好きな食べ物（ ）	嫌いな食べ物（ ）			
排便は	1 おむつ	2 トレーニング	3 知らせる	4 自分でできる
睡眠時間	時 ～ 時			

7 その他特に注意して欲しいこと

令和 年 月 日

記入者氏名 \_\_\_\_\_