

## 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	歳	A・B・O・AB Rh +・-				
保険証	記号・番号				乳幼児医療・ ひとり家庭 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

年 月 日

記入者氏名 \_\_\_\_\_