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。

ない			
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

健　康		病　　名（症　状）	
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。

ない			
ある	⇒	障害の部位及び状況	

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿