

児 童 の 健 康 状 況 表

児童名	(フリガナ)		男・女	生年月日 . .			
				満年齢			
				歳			
保険証	記号・番号			乳幼児療・ ひとり親家庭 等療の番号			

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		
<input type="checkbox"/> ある	⇒	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

平成 年 月 日

記入者氏名
