

【4号様式（4-3）】

健康調査票

提出日 年 月 日

	性別	生年月日	平熱
児童氏名	男・女	年 月 日	℃
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ●原因食品・物質名 [] ●植物、動物、薬、その他アレルギーがあり、検査で陽性反応 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ●アナフィラキシーショックの経験 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳 か月ごろ)		
健康記録	●現在、通院・経過観察中のケガや病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(傷病名:) ●これまでの大きなケガや病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(傷病名:) (いつごろ) ●日常生活 <input type="checkbox"/> 1. 支障なし <input type="checkbox"/> 2. 配慮が必要 <input type="checkbox"/> 3. 支援が必要 [2. 3. の場合、具体的にどのような配慮、支援が必要ですか] ●運動制限 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [「あり」場合、具体的にどのような運動制限が必要ですか?] ●常用している薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [「あり」…どのような薬ですか?] ・お子さん自身で服用できますか? <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 促しが必要		
保育参考	お子さまの性格を教えてください。 お子さまはどんな遊びが好きですか。		
かかりつけ医	小児科： 眼科： 耳鼻科： 整形外科： 皮膚科： その他：		
その他 (相談等)			