

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 歳				A・B・O・AB Rh +・-				
保険証	記号				乳幼児医療・ ひとり親家庭等 医療の番号								
	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・リンパ腺炎・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

治療中 ⇒

病名（症状）			
かかりつけの病院		電話番号	—

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、脱臼、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 _____