

# 児童の健康調査票

記入日 令和 年 月 日

該当する□にチェックしてください。

ふりがな 児童名	性別 男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日
現在の健康状態について	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
乳幼児健診について	<input type="checkbox"/> 受診した 【 <input type="checkbox"/> 3～4か月児健診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月児健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 】 ★指導があった場合はお書きください。 （ ） <input type="checkbox"/> 受診していない		
過去の入院歴について	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
持病や治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> その他（ ）		
発達・発育に関する相談や、助言を受けたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（相談先 <input type="checkbox"/> 健康課 <input type="checkbox"/> 子育てセンター <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他） ★相談・助言の内容をお書きください。 （ ）		
ア シ ル ギ ー	有 無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病院で診断された時の年齢 歳 か月）	
	アレルギーの原因となるもの		
	アナフィラキシーをおこしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 時期 平成 年 月 日 原因となったもの（ ）	
入所するにあたり、お子さまの健康や発育について気になることがあればお書きください。			

※母子手帳の提示をお願いすることがあります。

※診断書や医師の意見書の提出をお願いすることがあります。