

## 【健康調査票】

年　月　日 記入者( )

フリガナ 児童氏名		男・女	[生年月日] 年　月　日生	血液型
--------------	--	-----	------------------	-----

お子さんの様子について該当する項目にチェックを付けるか必要事項を記入してください。

食　物 アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> まだ分からぬ <input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> ナッツ類 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> その他( )
その他の アレルギー	どんなアレルギーですか
食べ物について	好きな食べ物( ) 嫌いな食べ物( )
睡眠について	<input type="checkbox"/> 寝つきがよい <input type="checkbox"/> 寝つきがわるい 睡眠時間　時～時( 時間)
遊びについて	<input type="checkbox"/> 友だちと遊ぶことがおおい <input type="checkbox"/> 1人で遊ぶことが多い <input type="checkbox"/> 読書 <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> ごっこ遊び <input type="checkbox"/> 人形 <input type="checkbox"/> ゲーム( 時間/1日) その他( )
体調について	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 熱が出やすい <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> ゼイゼイしやすい <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい( ) <input type="checkbox"/> 口内炎ができやすい <input type="checkbox"/> 扁桃腺がはれやすい <input type="checkbox"/> 湿疹ができやすい <input type="checkbox"/> 化膿しやすい <input type="checkbox"/> 下痢になりやすい <input type="checkbox"/> 便秘になりやすい <input type="checkbox"/> ずっと飲んでいる薬( )

からだや発育のことや気になることがありますたら記入してください

授業で体を動かしたりすることもあります。何か気を付けることがあれば記入してください

★児童調査票と合わせて、職員にお渡し下さい。

★お預かりした個人情報は厳重に管理し必要に応じて市または医療機関に提出する場合があります。