

年 月 日

健康状態確認票

ふりがな				登録番号		
児童氏名		男・女		生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)	
お子さんの愛称 ( )						
住 所						
保育所(園)名						
保 護 者	父	氏 名			携 帯 電 話	
		勤 務 先			電 話 番 号	
	母	氏 名			携 帯 電 話	
		勤 務 先			電 話 番 号	
緊急連絡先	父	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先	父・母 以外の場合 の連絡先	氏 名 電 話 番 号	児童 との 続柄	
	母	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先				
かかりつけの医院・病院						
妊娠中の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )						
出産時の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )						
発達の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )						

※に該当する場合は、チェックをしてください。

予 防 接 種	H i b	未・(1・2・3・追)	小児肺炎球菌	未・(1・2・3・追)
	四 種 混 合	未・(1・2・3・追)	三 種 混 合	未・(1・2・3・追)
	B C G	未・済	ポ リ オ	未・(1・2 (3・追))
	麻しん・風しん混合	未・(1・2)	水 ぼ う そ う	未・(1・2)
	日 本 脳 炎	未・(1・2・追)	お た ふ く か ぜ	未・(1・2)
既 往 歴	1. 突発性発しん 2. はしか 3. 風しん 4. 水ぼうそう 5. 手足口病 6. おたふくかぜ 7. りんご病 8. 百日咳 9. 咽頭結膜炎 10. ヘルパンギーナ 11. 熱性けいれん 12. じんましん 13. 結核 14. ぜんそく 15. アトピー性皮膚炎 16. とびひ 17. てんかん 18. 心臓病 19. その他 ( )			
	今までの大きな病気			
	熱 性 け い れ ん	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (初回 ( 歳 か月) 最後 ( 歳 か月) これまでに 回)		
	ぜ ん 息	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬を 毎日飲んでいる・発作時だけ飲んでいる・飲んでいない)		
	ぜん息様気管支炎	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (吸入療法を 毎日している・発作時だけしている・していない)		
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (治療は 内服薬 ・ 食事療法)		
	入 院 し た こ と	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病名： 歳 か月) (病名： 歳 か月)		
アレルギー	1. 薬アレルギー <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬剤名 ) 症状： 2. 食物アレルギー <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (食品名 ) 症状：			
常 時 服 用 して いる 薬	ぜん息、アトピー性皮膚炎等で、常時服用している薬があれば内服時間など具体的にお書きください。			
そ の 他	体質やくせなど、心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。			