

学校名： _____ () 学年・性別 ()

児童氏名： _____ 生年月日： H _____ 年 _____ 月 _____ 日

児 童 の 健 康 調 査 (全員提出)

次の1から7の項目について、該当するところにチェックおよび記載をしてください。

1. 食事・排便・着脱衣・身辺整理等を介助なく行うことができますか。

できる 部分的にできる 全てできない

部分的にできる、全てできない場合→

(状況： _____)

2. 今までに大きな病気にかかったことはありますか。

はい いいえ

はいの場合→

何才の時 () かかった病名 () 医療機関名 ()

治療中の場合→

病名・障がい名 () 病院・施設名 ()

通院状況 ()

3. 薬を飲んでいますか。

はい いいえ

はいの場合→名称 () いつ頃から飲んでいますか (歳頃)

4. 食物アレルギーはありますか。

はい いいえ はいの場合→卵 牛乳 小麦 大豆 その他

その他の場合(内容： _____)

5. 平熱は何度ですか。(度 分)

6. 今まで発達上のことで専門機関に相談や通所されたことがありますか。

はい いいえ

はいの場合→相談機関名をご記入ください (_____)

相談機関や保育園に連絡をとらせてもらってもよろしいですか

はい いいえ

7. その他集団生活で心配なことがありましたらご記入ください。
