健 康 調 査 票

	保護者民	保護者氏名			印	
	児童日					
	令和	年	月	日	見在	
下記の項目の中で該当するものを○で囲んでく	ださい。					
1. 最近, 入院治療を受けたことがありますか? ない ある → 病 名 病院名 いつ頃 (年	(((日から	年	月))) 日)	
2. てんかんやひきつけ, 熱性けいれんを起こし	したことが	ぶあります	ð [,] ?			
ない ある → いつ頃	(年 丿	目 日	頃)	
どのよう	な時					
服用した	上薬等()	
3. アレルギーがありますか?						
花粉症 接触性ア	*一時預》	かり当日, - (接触性)		と致しる) きす。	
4. 体質的なもので該当するものがあれば○で関		-				
・発熱しやすい ・喘息がおきやすい・鼻血がでやすい ・骨折しやすい・自家中毒をおこしやすい ・その他(しやす√)	
5. お昼寝はしていますか?						
していないしている(E	時から	時	頃す	きで)	
6.保育教諭に伝えたい事項はありますか? ない ある → ((*既往	E症等)				
受取者名 印					ノ	