

健康調査票



ひなぎく保育園(一時預り保育くすのき)

フリガナ	男	生年月日		平成	年	月	日
児童名	女			(歳	ヶ月)	
今までに	病 気	既往年月	病 気	既往年月	病 気	既往年月	
	は し か	歳 ヶ月	突発性発疹	歳 ヶ月	りんご病	歳 ヶ月	
	みずぼうそう	歳 ヶ月	百日咳	歳 ヶ月	とびひ	歳 ヶ月	
	風 疹	歳 ヶ月	手足口病	歳 ヶ月	中耳炎	歳 ヶ月	
	おたふくかぜ	歳 ヶ月	溶連菌感染症	歳 ヶ月	その他 ()	歳 ヶ月	
かかった病気	けいれん 有・無	発症年齢： 歳 ヶ月 回数： 回 原因：					
	脱 臼 有・無	発症年齢： 歳 ヶ月 回数： 回 原因：					
	アレルギー 有・無	病 名： アトピー性皮膚炎・鼻炎・喘息・結膜炎・薬					
		原 因： ダニ・ハウスダスト・卵・牛乳・大豆・その他()					
	病 名： 湿疹・鼻水・鼻閉・ゼロゼロ・せき						
	湿疹部位： 頭・顔・首・肩・背部・腹部・肘・膝・その他()						
予防接種	ポリオ不活化	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 3回目 年 月 日 追加 年 月 日	三種混合 ・ 四種混合 ※どちらかに○を	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 3回目 年 月 日 追加 年 月 日	日本脳炎	1期 年 月 日 1期追加 年 月 日 2期 年 月 日	
	ポリオ生	1回目 年 月 日 2回目 年 月 日	麻疹・風疹混合 (MR)	1期 年 月 日 2期 年 月 日	おたふくかぜ	年 月 日	
	BCG	年 月 日	みずぼうそう	年 月 日			
※ 一時預り保育前の健康診断(医師記入欄)	○ 血色	(良 普通 不良)					
	○ 栄養	(良 普通 不良)					
	○ 発育異常	なし あり ()					
	○ 皮膚異常	なし あり ()					
	○ 斜頸	なし あり ()					
	○ 呼吸異常	なし あり ()					
	○ 心音の異常	なし あり ()					
	○ 腹部の異常	なし あり ()					
	○ ヘルニア	なし あり ()					
	○ 開排便	なし あり ()					
	○ 筋緊張異常	なし あり ()					
○ その他	()						
平成 年 月 日 医療機関名・医師 (印)							

記入上の注意

- 必要事項を記入するか、または○で囲んでください。
- ※印は医師記入欄ですので、保護者の方は記入しないでください。

～この生活・健康調査の個人情報、一時預り保育をする上で必要です。目的以外には使用しません～