

※利用を予定している年度のお子様の学年欄にサインをお願いします。

# 健康の記録

6年生	5年生	4年生	3年生	2年生	1年生

児童の氏名		生年月日	平成	年	月	日	平熱	℃
病 気 ・ 疾 患 等								投薬・対処の仕方
かかりやすい病気	無 ・ 有	風邪 気管支炎 下痢 便秘 吐く 中耳炎 扁桃腺炎 脱臼(部分: ) その他( )						
アレルギー性疾患	無 ・ 有	アトピー性皮膚炎 ぜんそく じんましん アレルギー性鼻炎 動物アレルギー( ) 食物アレルギー( ) エピペンの処方(あり・なし)						
既往歴	無 ・ 有	麻 疹 (はしか)	水 痘 (水ぼうそう)	百日咳	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	風 疹 (三日はしか)		
		歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月		
予防接種済(最終接種日)		未 ・ 済	未 ・ 済	未 ・ 済	未 ・ 済	未 ・ 済		
その他の慢性疾患	無 ・ 有	ひきつけ 有(最終 年 月) ・ 無 (熱性けいれん) てんかん 有( ) ・ 無 心臓疾患 ヘルニア 自家中毒(症状: )						
現在治療中の病気等	無 ・ 有							
視覚の異常	無 ・ 有	遠視 近視 弱視 斜視 その他( )						
聴覚の異常	無 ・ 有	聞こえが悪い 難聴 その他( )						
手帳	無 ・ 有	療育手帳 ・ 障害者手帳 判定_____級						
通所受給者証	無 ・ 有	放課後デイサービス( ) 週__回利用						
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特別支援学級に通っている、またその予定、検討中</li> <li>・人によくかみついたり、たたく ・自傷行為がある</li> <li>・言語(不明瞭 慌てて話すと食べる ) ・多動である</li> <li>・友達と上手く関われない ・その他( )</li> </ul>							
かかりつけの病院	内 科			外 科				
	歯 科			科				

※なお、児童の様子について、通っていた保育園・幼稚園等に在園時の様子を確認することがあります。