

健康狀況等調査票

フリガナ				児童生年月日		平成				年			月			日
児童氏名						令和										
健康状態	血液型	型 RH () ・不明														
	体温（平熱）	℃														
	慢性疾患・アレルギー	☐ 有 ☐ 無	(疾患名：)													
		☐ 有 ☐ 無	(アレルギー名：)													
	手帳・診断書の有無	※以下の書類をお持ちの場合は、お持ちの書類のコピーを添付して下さい。														
		身体障がい者手帳	☐	有	・	☐	無									
		療育手帳	☐	有	・	☐	無									
	かかりつけ病院	医師の診断書	☐	有	・	☐	無									
		病院名														
健康保険	記号							番号								
	保険者番号							保険者名称								
日頃の通院・服用している薬	受診の病院名 ()															
	診断名 ()															
	受診頻度 ヶ月に1回・その他 ()															
	薬名 ()															
	服用 (朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ その他 ())															
健康状態であらかじめ伝えておきたいこと		病気等により特別な配慮が必要な場合や、障がい、発達に気になる点等あれば記入してください。														
習い事・併用する放課後等デイサービス等		(曜日)							(曜日)							
		【 】							【 】							
		(曜日)							(曜日)							
		【 】							【 】							