

健康状況等調査書

児童氏名				児童生年月日			年	月	日
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)					
	障がいの有無	☐ 有	☐ 無						
		※障がいの有無が有の場合は、次の書類のうち何れか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	病院名							
		病院所在地	市・町			電話		－	
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		☐ 有 ☐ 無							
		習い事名 ()							