

健康調査票

ふりがな			
児童名		男 女	年 月 日生 (歳 ヶ月)
かかりつけ病院	病院名	電話番号	
か 今 か ま っ で た に 病 気	1 はしか 2 百日ぜき 3 水ぼうそう 4 おたふくかぜ 5 風疹 6 肺炎 7 中耳炎 8 ヘルニア 9 ぜんそく 10 自家中毒 11 先天性股関節脱臼 12 川崎病 13 腎臓病 14 骨折 15 心臓病 16 肝臓病 (急性肺炎、B型肝炎、その他)		
健 康 状 態	1 風邪をひきやすい 2 下痢をしやすい 3 便秘をしやすい 4 よく吐く 5 かぶれやすい 6 脱臼 (箇所 : 才 回) 7 アレルギー () 8 けいれん (ひきつけ) (熱のある時 ・ ない時) (才 : 回数 回) 薬服用 あり・なし 9 喘息 10 視力 (正常 ・ その他 _____) 11 聴力 (正常 ・ その他 _____) 12 平熱 (度)		
予 防 接 種	今までに受けた予防接種に○をつけてください ・四種混合 ・麻疹風疹 ・水疱瘡 ・日本脳炎 ・BCG ・ヒブ ・肺炎球菌 ・おたふく		
治療管理中の病気及び医療機関			
上記のとおり相違ありません 令和 年 月 日 保護者氏名			
			印