健康調査票

- ※ 必要事項を記入のうえ、該当するものに〇を付けてください。現時点で回答出来る範囲で構いません。
- ※この書類は放課後児童クラブ運営以外の目的には使用いたしません。
- ※ 記入内容について、問い合わせることがあります。

児童氏名	(男	女)	学校·学年 ※入室希望年度	小学校	年生
学級 ※新一年生は見込みで記入	普通学級 • 特別支援学級	• 通	吸指導教室「	大空」に通級している	

食事	1. よく食べる 2. 普通 3. あまり食べない	夕食の時間	午後	時	分
睡眠	起床(午前 :) / 就寝(午後 :)	平 熱			°C
	1. 大小便とも自立 2. 見守りが必要 3. その他(※具体的にご記入ください				
排泄					
	大便 1. 毎日()回 2.()日に1回 3. その他()
	1. 午前()時 2. 午後()時 3. その他()
性格	1. 明るい 2. 活発 3. おとなしい 4. 引っ込みじあん	5. その他	()

	性格	1. 明るい	2. 活発	3. おとなしし	4. 引っ込み	じあん	5. その他	()
	身長		cm	体重		kg	血液型	型(R	H + • -)
	病院								
	① 内科	(TEL:)
	② 整形外科	(TEL:)
	③ 眼科	(TEL:)
	④ 現在、治療中	□の病気		(あり・7	まし)				
	「あり」の場合 病名: 医療機関名:								
	視力	問題なし・	見えづらい・	その他 眼	鏡所有の場合:	終日着	ま ・授業中	のみ・着用し	ない
	アレルギー	該当するもの	OにOを付けて	ください。					
	① 有(右欄記.	入)	卵・牛乳・	乳製品・小麦	・そば・落花生	・エビ・	・カニ・くる。	4	
医			ダニ・ハウス	ダスト・花粉	その他()
		1-2	治療(飲み	薬・塗り薬	食事制限	その他)
療		①-3	アナフィラキシ	/一 有・	無 (発症		歳	か月)	
			原因:		症状:				
		1-4	エピペンの使	用 有・無	長 (最終使用	1	歳	か月)	
歴			※入室決定後、	必ず放課後児童ク	ラブ職員に症状等の)詳細を説	明してください。		
	② 無	-1.0.1 -1		4481.					
等)にOを付けて ·						
			く・ヘルニア	・肺炎・中	耳炎・脱臼(部	-)
	・心臓疾患(病名	:			症状: 不整	脈・肥:	大・雑音)
	・その他 ()
	体質的なもの								
	・風邪をひきやすい ・吐きやすい ・鼻血が出やすい ・便秘しやすい ・化膿しやすい								
	・虫刺されなどで腫れやすい ・アトピー性皮膚炎 ・物に顔を近づけて(目を細めて)見る								
	・耳の聞こえが悪)
	けいれん	有 • 無	(熱性	. °C	回)(無熱性	回)	(泣いた時	回)	
			発生歴()
	てんかん	有 • 無)
			服薬(開始	歳	か月 · 1E] 	回使用中)	.

	(児童氏名:			学年:	年)
	ことばや発達等					
	① 健康やことば・発達上のこ	とで、現在または過	過去に病院や施設等	等に通院や相談	をしていますか (はい ・ いいえ)
	•時期	(歳	か月 から	歳 か	\月まで · 現在)
医	・病名、症状等	()
	•病院、施設名	()
療	·診療科、通院状況	()
	 ② ①で「はい」の場合、主治闘	医等から集団保育だ	が可能であることを	·確認しています	- か (はい ・ し	ハいえ)
歴	特記事項 集団生活にお	 いて健康、発達面	iで気になること、i	<u></u> ≀配なことなどあ	 りましたらご記入く	ださい。
等						
	 放課後等デイサービス	 1. 利用しない		3. 利用予定	 4. 検討中	
	上記を 2・3 と回答した場合					
	支援員へ伝えたいこと	137131374 - 3743		77.0 3	137.37 3.2.2	
	お子さんの好きな遊び、苦手が	こと、お友達関係	、家庭での様子な	ど、何でも結構	ですので必ずご記	入ください。
	от стоти, с одео у д т					, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
_ t						
\ \n	(休及儿童ノブ) だ空間 ク					