

児童の健康状況・生活状況調書

既往歴	・突発性発しん__歳__か月　・麻しん__歳__か月 ・水痘（水ぼうそう）__歳__か月 ・耳下腺炎（おたふく）__歳__か月 ・百日せき__歳__か月　・風しん__歳__か月
健康状態	定期的に通院が必要な病気、障がい等がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名、障がい等：_____ <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> その他（_____ 1日あたりの回数、時間等 <input type="checkbox"/> 時間おき <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> その他_____ 医療機関名：_____
予防接種	ポリオ　未　・　1回　・　2回 BCG　未　・　済（　年　月） 麻しん・風しん混合　未　・　済 三種混合　未　・　1回　・　2回　・　3回　・　追加 日本脳炎　未　・　1回　・　2回　・　追加 その他（_____）
アレルギー等	アレルギー、アトピー等ありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 何に対してですか。_____ 熱性けいれんの有無 <input type="checkbox"/> 有（　℃以上）（　回） <input type="checkbox"/> 無 食べ物等で制限がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 品目：_____
排泄	便：　回／日 自分で（1できる　2介助があればできる　3できない） ※いずれかに○印　↳（介助内容を具体的に：_____） 尿：　回／日 自分で（1できる　2介助があればできる　3できない） ※いずれかに○印　↳（介助内容を具体的に：_____）
午睡	<input type="checkbox"/> あり 1日　回（　：　～　：　） <input type="checkbox"/> なし
その他	（伝えておきたいことなど）

