

児 童 の 健 康 状 況 票

児童名	かな	男・女	平成 年 月 日生	血液型			
			満年齢		A・B・O・AB Rh +・-		
健康保険証	記号・番号			乳幼児・			
				ひとり暮らし等 受給番号			

1 過去に大きな病気をしたことがありますか。

ない			
ある	⇒	はしか、風疹、百日咳、水ぼうそう、おたふくかぜ、 肺炎、中耳炎、気管支炎、川崎病、リンパ線炎、 小児喘息、ひきつけ、その他（ ）	かかった 時 期 （ ）

2 現在の健康状態は

健康		病 名 (症 状)	
治療中	⇒	かかりつけの病院	Tel -

3 歩行、視力、聴力、言語等に障害がありますか。

ない		障害の部位 及 び 状 況
ある	⇒	

4 かかりやすい病気は

かぜ、腹痛、下痢、便秘、中耳炎、鼻炎、ひきつけ、だっきゅう、 歯痛、その他（ ）
--

5 アレルギー体質ですか

1 アトピー性皮膚炎	2 薬アレルギー（ ）
3 食物アレルギー（ ）	4 その他（ ）

6 食事・習慣等

食事は一人で食べることが	1 できる	2 できない
好きな食べ物（ ）	嫌いな食べ物（ ）	
排便は	1 おむつ	2 トレーニング
	3 知らせる	4 自分でできる
睡眠時間	夜 時 ～ 朝 時 ， 計 時間程度	

7 その他特に注意して欲しいこと

平成 年 月 日

記入保護者氏名
