

健康の記録

児童名	男・女	生年月日	平成	年	月	日
保護者名			平熱			度
住所	岡垣町					
(1) 緊急連絡先 (連絡先が携帯電話の場合でも、仕事、職場などが変わった時は必ずお知らせください)						
①氏名()	続柄()	☎()				
①氏名()	続柄()	☎()				
(2) かかりつけの病院 (病院名と電話番号を記入してください)						
病院名()			☎()			
(3) 体質等について (当てはまる口全てにレ点を付けてください) ※(歳 のとき):最終の年齢を記入してください。						
<input type="checkbox"/> 胃腸が弱い			<input type="checkbox"/> ぜんそくを起こしやすい			
<input type="checkbox"/> 熱を出しやすい			<input type="checkbox"/> お腹をこわしやすい			
<input type="checkbox"/> ひきつけを起こしたことがある(歳 のとき)			<input type="checkbox"/> 下痢をしやすい			
<input type="checkbox"/> 貧血を起こしやすい			<input type="checkbox"/> 鼻血を出しやすい			
<input type="checkbox"/> てんかんを起こしたことがある(歳 のとき)			<input type="checkbox"/> その他()			
(4) 現在、食物アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()				
(5) 上記(4)で有りの場合、エピペンの処方を受けていますか	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ※個別にご連絡させていただき、状況をお聞きする場合があります。				
(6) アレルギー等に関して、気になる点があればご記入ください。						
(7) 保育中のおやつについて <input type="checkbox"/> 通常どおり提供を希望 <input type="checkbox"/> 提供を希望しない						
保護者氏名			(自署)			
(8) 現在、治療中の病気や服薬中のお薬はありますか	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()				
(9) 日常生活について(当てはまる口全てにレ点を付けてください)						
言語	<input type="checkbox"/> 普通に会話ができる <input type="checkbox"/> 単語程度で意思を伝える		<input type="checkbox"/> 片言や身振りで話す <input type="checkbox"/> 話せないが相手の言うことはわかる			
遊び	<input type="checkbox"/> 誰とでも積極的に遊ぶ <input type="checkbox"/> 相手から誘われると一緒に遊ぶ <input type="checkbox"/> 親や兄弟など近い人としか遊ばない		<input type="checkbox"/> 1人で遊ぶことを好む <input type="checkbox"/> 同じ遊びをしたがる <input type="checkbox"/> 激しい運動はできない			
集団	<input type="checkbox"/> 指示に従い集団行動が出来る <input type="checkbox"/> 大人が側にいると集団行動ができる		<input type="checkbox"/> 指示に従えず、集団からはずれることがある <input type="checkbox"/> 集団の中に入りたがらない			
(10) 障害について、障害者手帳等を持っていますか <input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない						
持っている場合	①種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳				
	②障害名	()				
	③障害の程度 (1種1級、A1など)	()				
持っていない人のうち、診断を受けている人はレ点を付けてください		<input type="checkbox"/> 受けている				