

# 健康調査票

( 歳児)

|      |  |      |          |     |
|------|--|------|----------|-----|
| 幼児氏名 |  | 生年月日 | 令和 年 月 日 | 男 女 |
|------|--|------|----------|-----|

あてはまる事項を○で囲み[ ] ( )内にそれぞれ記入してください。

|                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 今までにかかった病気<br>無 有 心臓病 川崎病 喘息 中耳炎 百日咳 ジフテリア はしか<br>風しん おたふくかぜ ひきつけ( 才 回) 水痘<br>その他( )      |
| 2 予防接種による副反応<br>無 有 発熱 ひきつけ 嘔吐 じんましん<br>その他( )                                              |
| 3 現在、内科でかかっている病気<br>無 有 [ ]                                                                 |
| 4 現在、外科・皮膚科でかかっている病気<br>無 有 [ ]                                                             |
| 5 過去にうけた外科手術<br>無 有 [ 年 月(病名 ) ]                                                            |
| 6 現在、眼科でかかっている病気<br>無 有 [ ]                                                                 |
| 7 現在、耳鼻咽喉科でかかっている病気<br>無 有 [ ]                                                              |
| 8 現在、歯科でかかっている病気<br>無 有 [ ]                                                                 |
| 9 アレルギー疾患<br>無 有 気管支ぜん息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性結膜炎 アレルギー性鼻炎<br>食物アレルギー( ) アナフィラキシー( )<br>動物アレルギー( ) |
| 10 その他家庭からの連絡(園で注意してみてほしいところがあれば記入してください。)                                                  |