

# 児 童 の 健 康 調 査

児童氏名	ふりがな	平成 年 月 日 生	※児童番号 (市使用欄)
------	------	------------	-----------------

○ 次の項目の中で、かかりやすい症状(病気)等がありますか (いいえ・はい)

(はいの場合)

- 風邪をひきやすい    熱がでやすい    吐きやすい    湿疹がでやすい  
 便秘がち    下痢をしやすい    ぜんそくをおこしやすい  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

○ ひきつけ・けいれんをおこしたことはありますか (いいえ・はい)

(はいの場合)

- ① 熱のあるとき ( \_\_\_\_\_ 度) ・ ない時の様子 ( \_\_\_\_\_ )  
 ② いつ頃 ( \_\_\_\_\_ ) 何分くらい ( \_\_\_\_\_ )  
 ③ どの程度 (月 \_\_\_\_\_ 回、年 \_\_\_\_\_ 回)  
 ④ 薬を飲んでいますか    いいえ    はい ⇒ (  朝    昼    夕    寝る前)

○ 目つきや見え方について、気になることはありますか (いいえ・はい)

(はいの場合)

どんなことですか ( \_\_\_\_\_ )

・ 病院にかかったことがありますか (いいえ・はい)

(はいの場合)

いつ頃 ( \_\_\_\_\_ ) 医師の診断 ( \_\_\_\_\_ )

○ 耳の聞こえについて、気になることはありますか (いいえ・はい)

(はいの場合)

どんなことですか ( \_\_\_\_\_ )

・ 病院にかかったことがありますか (いいえ・はい)

(はいの場合)

いつ頃 ( \_\_\_\_\_ ) 医師の診断 ( \_\_\_\_\_ )

○ 食物アレルギーはありますか (いいえ・はい・離乳食前で不明)

(はいの場合)

卵    牛乳    小麦    大豆    ソバ    エビ・カニ    その他 ( \_\_\_\_\_ )

① 食事の制限はしていますか (いいえ・はい)

(はいの場合)

① いつ頃から ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月頃)

② どなたの判断ですか ( 医師 ・ 保護者 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ ) )

② アナフィラキシー・ショックを起こしたことはありますか (いいえ・はい)

(はいの場合)

エピペンを持っていますか (いいえ・はい)

**【裏面に続きますので忘れずに記載してください】**

