

児 童 の 健 康 調 査

児童氏名	ふりがな	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】

