

健康状況報告書

健康状況	<input type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 病弱である【疾患名 _____】
平熱	平熱【 _____ °C】
既往症	麻疹（ _____ 歳） 風疹（ _____ 歳） 水痘（ _____ 歳） 中耳炎（ _____ 歳） 百日咳（ _____ 歳） 肺炎（ _____ 歳） 脱臼（ _____ 歳） 突発性発疹（ _____ 歳 カ月） 流行性耳下腺炎（ _____ 歳） その他【 _____（ _____ 歳） _____（ _____ 歳）】
体質など	ひきつけ・鼻血・喘息・心臓疾患・便秘・下痢症・ヘルニア・風邪を引きやすい 脱臼(部位: _____)・皮膚疾患・化膿しやすい・湿疹がしやすい(肌が弱い) 扁桃腺肥大・扁桃腺が腫れやすい・熱が出やすい・夜泣きをする・眠りが浅い 寝つきが悪い・癩癧をおこす・少食・過食・菓子類の間食摂取が多い・汗かき アレルギー疾患 <input type="checkbox"/> 1.食物アレルギー(食材: _____) <input type="checkbox"/> 2.薬アレルギー(薬品名: _____) <input type="checkbox"/> 3.繊維アレルギー(繊維名: _____) <input type="checkbox"/> 4.ハウスダストアレルギー <input type="checkbox"/> 5.花粉アレルギー(花粉名: _____) <input type="checkbox"/> 6.植物アレルギー(植物名: _____) <input type="checkbox"/> 7.その他(_____)
	慢性疾患での通院・経過観察 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【疾患名 _____】 熱性痙攣の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
生活	食事 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 離乳食 睡眠(午睡時間) <input type="checkbox"/> 午前 _____ : ~ _____ : <input type="checkbox"/> 午後 _____ : ~ _____ : 授乳 授乳時間目安 授乳量 _____ ml
家庭内喫煙について	同居者の喫煙者がいますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」とお答えの方は回にもお答えください ・喫煙状況について <input type="checkbox"/> 分煙している ⇒ (<input type="checkbox"/> お子様と別室で喫煙 <input type="checkbox"/> 屋外で喫煙) <input type="checkbox"/> 同室での喫煙
その他	お子様のことで不安なことや、保育所に希望することがあれば記入してください。

申込児童の健康状況は上記の通りです。

年 月 日

児童名 _____

保護者名 _____ 印