児童の健康状況

フリガナ		フリガナ	
児童氏名①		児童氏名②	

●直近で受けた健康診査をお書き下さい。 （　　）歳（　　）か月健診 健診で何らかの指導があった場合は下記に ご記入下さい。	●直近で受けた健康診査をお書き下さい。 （　　）歳（　　）か月健診 健診で何らかの指導があった場合は下記に ご記入下さい。
●ひきつけの経験はありますか。 □ある［　　歳　　か月の時］　□ない	●ひきつけの経験はありますか。 □ある［　　歳　　か月の時］　□ない
●障害者手帳（身体・精神）、愛の手帳はお持ちですか。 □はい　　□いいえ ［障害者手帳（身体・精神）・愛の手帳　　級(度)］	●障害者手帳（身体・精神）、愛の手帳はお持ちですか。 □はい　　□いいえ ［障害者手帳（身体・精神）・愛の手帳　　級(度)］
●お子様の発達や慢性的な病気(喘息等を含む）のことで相談している病院や施設はありますか。 □ある　　□ない 病名（　　） 病院名・施設名（　　） 症状（　　） どのくらいの頻度で通所していますか。 ［週・月・年　　回程度］	●お子様の発達や慢性的な病気(喘息等を含む）のことで相談している病院や施設はありますか。 □ある　　□ない 病名（　　） 病院名・施設名（　　） 症状（　　） どのくらいの頻度で通所していますか。 ［週・月・年　　回程度］
●手術の予定はありますか。 □ある（平成　　年　　月頃予定）　□ない	●手術の予定はありますか。 □ある（平成　　年　　月頃予定）　□ない
●保育園入園に当たり、健康上または発達上、気になることがありましたらご記入ください。 □ない	●保育園入園に当たり、健康上または発達上、気になることがありましたらご記入ください。 □ない
【アレルギーについて】	【アレルギーについて】
●アレルギーはありますか。 □ある(食物・アトピー・その他)　□ない □検査していないため不明	●アレルギーはありますか。 □ある(食物・アトピー・その他)　□ない □検査していないため不明
●制限する食品等　□ない □卵　□乳　□小麦粉　□大豆　□えび □かに　□そば　□落花生　□その他（　　）	●制限する食品等　□ない □卵　□乳　□小麦粉　□大豆　□えび □かに　□そば　□落花生　□その他（　　）
●アレルギーに関して医師の診断はありますか。 □ある(病院名:　　)　□ない	●アレルギーに関して医師の診断はありますか。 □ある(病院名:　　)　□ない
●症状(服薬がある場合は頻度等もご記入ください。) □ない	●症状(服薬がある場合は頻度等もご記入ください。) □ない