令和　　年　　月　　日

健　康　状　況　表

１　お子様を保育する際の大切な資料になります。「はい・いいえ」どちらかを○で囲むとともに、必要事項を記入して下さい。

２　２回目のご利用からは、お子様の状況に変化がなければ提出は不要です。

３　与薬はお受けできませんのでご注意ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | お子様の平熱 | 　　　　　　度　　分くらい |
| ２ | 出血が止まりにくい | はい　・　いいえ |
| ３ | 転びやすい | はい　・　いいえ |
| ４ | 皮膚が弱い | はい　・　いいえ |
| ５ | 耳・鼻が弱い | はい　・　いいえ |
| ６ | 脱臼しやすい「はい」の場合は、該当部位を○で囲む | はい　・　いいえ肩・肘・手首・その他（　　　　　） |
| ７ | 風邪をひきやすい | はい　・　いいえ |
| ８ | 気管支炎をおこしやすい | はい　・　いいえ |
| ９ | 扁桃炎で熱がでやすい | はい　・　いいえ |
| １０ | 喘息がでやすい | はい　・　いいえ |
| １１ | 公害病で認定を受けている | はい　・　いいえ |
| １２ | 予防接種で熱が出たことがある | はい　・　いいえ |
| １３ | 食物・薬品以外で湿疹がでやすい | はい　・　いいえ |
| １４ | 吐きやすい | はい　・　いいえ |
| １５ | 下痢になりやすい | はい　・　いいえ |
| １６ | 便秘になりやすい | はい　・　いいえ |
| １７ | ひきつけを起こしたことがある「はい」の場合は、年・月齢を記入ください | はい　・　いいえ（　　　歳　　　ヶ月） |
| １８ | アレルギー体質である　　はい（　食物　・　アトピー　・　その他　）・　いいえ |
| 症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）医師の診断　　ある　・　ない制限する食品等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| １９ | 現在医者にかかっている　　はい　・　いいえ |
| 病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）病院・施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）週または月のどのくらい通所していますか　【　週　・　月　　　　回程度】手術の予定　　なし　・　ある　（令和　　　年　　　月ごろ予定） |
| ２０ | かかりつけの内科（　　　　　　　　　　　　　　　　）電話（　　　　　　　　　　　　）かかりつけの外科（　　　　　　　　　　　　　　　　）電話（　　　　　　　　　　　　） |
| ２１ | 障害者手帳（身体・精神）、療育手帳をお持ちですか　　はい　・　いいえ |
| ２２ | お子様を保育するうえで、特に注意してほしいことがあれば記入してください。 |
| お子様のお名前 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　歳　　　　ヶ月） |