

健康調査票

サクラキッズインターナショナル 施設長

この保健調査は、児童の健康状態を知り、今後の指導に役立てるために使います。下記の項目をよく読んで、空欄のところは必要事項を記入し、当てはまるものに○印をつけてください。

児童氏名		性別	
生年月日	年 月 日	血液型	
日中の急を要する時の連絡先	電話番号 電話番号 携帯番号 携帯番号		
かかりつけの医院 (かかりつけの医院がない場合は記入の必要はない)	内科	電話番号	
	外科	電話番号	
	眼科	電話番号	
	歯科	電話番号	
	その他	電話番号	
特に知らせておきたいこと	(例 ひきつけ・けいれん・手術など)		
その他のことで知らせておきたいこと	(例 鼻血がしやすい ほか)		

裏面もご記入下さい

今までにかかった病気には○、現在も症状のある病気には◎をつけてください。

- | | | |
|---------------------------------|-----------------|---------------|
| 1 はしか () | 2 水ぼうそう () | 3 おたふくかぜ () |
| 4 百日せき () | 5 ジフテリア () | 6 しょう紅熱 () |
| 7 赤痢 () | 8 小児麻痺 () | 9 自家中毒 () |
| 10 肺炎 () | 11 腎臓病 () | 12 リュウマチ熱 () |
| 13 心臓病 () | 14 ぜん息 () | 15 中耳炎 () |
| 16 ヘルニア () | 17 股関節脱臼 () | 18 トラコーマ () |
| 19 湿疹 () | 20 はやり目 () | 21 風しん () |
| 22 川崎病 () | 23 アトピー性皮膚炎 () | |
| 24 アレルギー(薬 注射 食物 寒冷 直射日光 花粉 ほか) | | |

アレルギー反応を起こす薬や食べ物の名前や症状を具体的にご記入ください。

25 その他(病名)