

# 健康状況調査票

この調査は、児童クラブでお子様をお預かりする際の参考資料となりますので、該当するところに つけ、必要事項をご記入下さい。

(ふりがな) 児童の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
かかりつけの医師等(病院名)					
内科	外科	整形外科	眼科		
耳鼻科	歯科	_____科	_____科		
保険証の種類	国保・健保・共済・無・その他( ) 名称 記号・番号				
体温	平熱 度				
既往歴 該当するものがあれば年令をご記入ください。					
麻疹(はしか)	才	心臓疾患	才	てんかん	才
風疹(三日はしか)	才	腎臓疾患	才	ぜんそく	才~才
流行性耳下腺炎	才	頭部外傷	才	アトピー性皮膚炎	才~才
水痘(水ぼうそう)	才	耳鼻疾患	才		
川崎病	才	熱性けいれん	才		
その他 医師の診断を受けた疾患などがあれば記入してください。					
予防接種					
三種混合( ) 麻疹(はしか)( ) 風疹(三日はしか)( ) 流行性耳下腺炎( ) BCG( ) ポリオ( ) 日本脳炎( )					
特異体質					
アレルギーがあれば具体的に記入してください。					
食品( )					
薬品( )					
その他( )					

\* この調査票の内容は、児童クラブの運営以外の目的には使用しません。