

# 児 童 健 康 調 査 票

(ふりがな)			体温(平熱時)	度
児 童 名				
緊急時の 第一連絡先	氏 名		児童との 関 係	
	住 所		電 話	( )
緊急時の 第二連絡先	氏 名		児童との 関 係	
	住 所		電 話	( )
主治医 又は 希望の医者	内 科 小児科		電 話	( )
	外 科 その他		電 話	( )
身 体 *該当する項目に○	疲れやすい・熱を出しやすい・鼻血を出しやすい・咳が出やすい・嘔吐しやすい 下痢になりやすい・かぶれやすい・ぜん息・アトピー・その他( )			
アレルギー	なし・あり	何のアレルギーですか？  (エピペンの処方： なし・あり )		
今までにかかった 主な病気	なし・あり	はしか・水ぼうそう・おたふくかぜ・盲腸・自家中毒 中耳炎・その他( )		
かかりやすい病 気	なし・あり	注意事項等あれば記入してください。		
常用薬			体に合わ ない薬	
通院の有無	なし・あり	通院中の病院等		
子どもの家 支援員に 伝えたいこと	お子様の健康状態や子どもの家での生活等で、気になることや伝えておきたいことをご記入ください。 <例 「持病のぜん息について、〇〇〇〇」、「アレルギーがあるが、〇〇〇〇」など、別紙でも構いません。なお、特別な配慮を必要とする場合はその旨を入所申請書にご記載ください。>			
該当する項目 がある場合☑	<input type="checkbox"/> 小学校特別支援学級 <input type="checkbox"/> 通級指導教室(ことばの教室・きこえの教室・つどいの教室) <input type="checkbox"/> 放課後デイサービス利用 <input type="checkbox"/> 障がい手帳・療養手帳所持 <input type="checkbox"/> 発達支援室 <input type="checkbox"/> その他			
聞き取り希望 (必要な方のみ☑)	<input type="checkbox"/> ※聞き取りは、利用登録前に実施します。なお、希望されない場合でも児童健康調査票の内容により、青少年課からお願いすることがあります。 ※入所説明・聞き取りは、各子どもひろばで行います。			

子どもひろば名( ) 学年( ) 児童名( )

自宅から学校、子どもひろばまでの経路

移動経路がわかるように、目印となる建物などを詳細にご記入ください。

別紙地図をご利用される場合は、A4サイズとし、用紙右上に児童氏名をご記入ください。