

児 童 健 康 調 査 票

ふりがな 児童名		生年月日	年 月 日	体温 ※平熱時	℃
-------------	--	------	-------	------------	---

該当する□にチェックしてください。

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	
体質 持病	☐ 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 ()			
	持病や治療中の病気はありますか。(ぜんそくや心臓疾患、熱性痙攣など) ☐ ない ☐ あり 病名 () 症状 ()			
	現在、服薬をしていますか。 ☐ ない ☐ ある (回数 回/日 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 ☐ 寝る前) (くすりの名称)			
発達・発達・障害	発達・発達に関して、相談したり、助言を受けたことはありますか？ ☐ ない ☐ ある (相談先) (相談・助言の内容)			
	障害者手帳をお持ちですか。 ☐ ない ☐ ある (級) (障害名)			
	療育手帳をお持ちですか。 ☐ ない ☐ ある (☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2)			
	特別支援学級に通っていますか。または通う予定はありますか。 ☐ 通学していない ☐ 通学中・通学予定			
	通級指導教室を利用していますか。また通う予定はありますか。 ☐ 利用していない ☐ 利用中・利用予定 (☐ ことばの教室 ☐ きこえの教室 ☐ つどいの教室)			
	放課後デイサービスを利用していますか。また利用予定はありますか。 ☐ 利用していない ☐ 利用中・利用予定 (施設名)			
アレルギー	アレルギーはありますか。 ☐ ない ☐ ある (※エピペン処方 ☐ ない ☐ ある)			
	アレルギーの原因となるもの (○をつけてください) 卵・乳・小麦・えび・かに・そば・ナッツ類 (落花生・アーモンド・くるみ・カシューナッツ) その他 ()			
	受診はしましたか。 ☐ ない ☐ ある (病院名)			
	症状及び必要な対応を詳しく記入してください。※アレルギーをお持ちの方は学校指導生活管理表の写しを提出ください。			
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。 <u>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。</u>			
聞き取り希望 (必要な方のみ)	☐ 必要 ☐ 不要 ※聞き取りは、利用開始前に実施します。希望されない場合でも児童健康調査票の内容により、施設からお願いすることがあります。※入所説明・聞き取りは、各放課後かまくらっ子で行います。			

施設名() 学年() 児童名()

自宅から学校、施設までの経路

- ・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