

○ 保健調査票

ふりがな		男 ・ 女	小学校名
児童名			児童クラブ名
生年月日	年	月	日生
今までにかかった病気			
麻疹(はしか) [年] 水痘(水ぼうそう) [年] 風疹(三日ばしか) [年]			
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) [年] 中耳炎(右・左)(慢性・滲出性) [年]			
てんかん [年] 哮息 [年] 虫垂炎(もうちよう) [年]			
川崎病 [年] 糖尿病 [年] 結核 [年]			
心臓病(病名) [年] 腎臓病(病名) [年]			
その他			

※ 該当する項目に○をつけてください。		小1	小2	小3	小4	小5	小6
1	運動をすると胸がドキドキしたり、息切れしたりする。						
2	熱がないのによく頭が痛くなる。						
3	よく熱が出る。(扁桃腺・その他)						
4	よく腹が痛くなったり、下痢をしたりする。						
5	(女子のみ)生理痛がひどい。						
6	1年以内に喘息の発作を起こしたことがある。						
7	1年以内にけいれん・ひきつけを起こしたことがある。						
8	耳の聞こえが悪い。(右・左)						
9	鼻がつまつたり、こい鼻汁が出たりする。						
10	鼻をぶつけていないのに鼻血がよく出る。						
11	1年以内に花粉症で通院したことがある。						
12	1年以内にアレルギー性鼻炎で通院したことがある。						
13	1年以内にアレルギー性結膜炎で通院したことがある。						
14	アトピー性皮膚炎の治療をしている。						
15	薬によるアレルギーがある。						
16	食べ物によるアレルギーがある。						
17	日常的に服用している薬がある。						

・ この票はあくまで児童クラブでの生活上の資料にいたします。取扱いには十分留意いたしますので、ご協力をお願いします。

児童名

確認欄

小1	小2	小3	小4	小5	小6

18 定期的に検査や治療を受けている場合、病名や医療機関名をご記入ください。

病名又は検査名	1 年生	2 年生	3 年生
現在の状況についてクラブで配慮してほしいこと			
	年 月頃 発症	年 月頃 発症	年 月頃 発症
	年 月頃 治癒	年 月頃 治癒	年 月頃 治癒
医療機関名			
病名又は検査名	4 年生	5 年生	6 年生
現在の状況についてクラブで配慮してほしいこと			
	年 月頃 発症	年 月頃 発症	年 月頃 発症
	年 月頃 治癒	年 月頃 治癒	年 月頃 治癒
医療機関名			

19 かかりつけの病院について、ご記入ください(ない場合は、「なし」と記入)。

内科		() -
外科		() -
歯科		() -
眼科		() -
耳鼻科		() -

20 性格・行動について相談したいことや気をつけてほしいことがありましたら、ご記入ください。

小1	小2	小3
小4	小5	小6