

健康調査票

ふりがな		生年月日	年	月	日
名前		性別	男	女	

1日の生活リズム(睡眠・食事・トイレなどの時間を書き込んでグラフを作成してください)

AM	PM

予防接種種	ポリオ		年	月	日	ツベルクリン		年	月	日
	三種混合	1	年	月	日	麻疹(はしか)		年	月	日
		2	年	月	日	水疱瘡(みずぼうそう)		年	月	日
		3	年	月	日	流行性耳下腺炎(おたふく)		年	月	日
	追加	年	月	日	日本脳炎		年	月	日	
風疹		年	月	日			年	月	日	

○ 今までに大きな病気をしたことがありますか？ していない した

したとお答えになられた方はご記入下さい。

- ・それはいつ頃でしょうか？
- ・病名
- ・治療方法

○ 今までで痙攣(けいれん)をおこしたことがありますか？ ない ある

あるとお答えになられた方はご記入ください。

- ・それはいつ頃から頻度としてはどれくらいでしょうか？
- ・熱性けいれんの場合何°Cくらいでおこりますか？
- ・対処方法はどのようにされていますか？

○ アレルギーはありますか？ ない ある

あるとお答えになられた方はご記入ください。

- ・何のアレルギーでしょうか？
- ・どんな症状がでますか？
- ・どんな治療をおこなっていますか？

何か保育園に伝えたいことがありましたらご記入ください。