

# 健康調査票

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女	
児童氏名		生年月日	年 月 日生	学年
住所	〒 緊急連絡先:			
平熱	度 分	血液型(※わかる場合のみ)	型	
かかりつけ 医院	TEL:			
服用中の 薬の有無	有 ・ 無 ※有の場合、病名 ( ) 薬の名前 ( )			
アレルギー の有無	<p>■食物アレルギー 有 ・ 無 ※有の場合、食物アレルギーの原因物質 ( ) ※完全除去・加工品可などお知らせください。( )</p> <p>■他アレルギー 有 ・ 無 ※有の場合、アレルギーの原因物質 ( )</p> <p>■アナフィラキシーショックなど命にかかわる症状を起こしたことはありますか。 有 ・ 無 ※有の場合は、時期・内容等 ( )</p>			
過去に かかった 病気	<p>該当がある場合、○をつけてください。また、かかった年齢を記入してください。 _____ 歳のとき</p> <p>熱性けいれん ・ 喘息 ・ 百日咳 ・ 小児マヒ ・ 小児結核 ・ 腎臓疾患 ・ 心臓疾患 ・ 川崎病 ジフテリア ・ リュウマチ ・ その他 ( )</p>			
その他 特記事項	<p>ケヤキッズに伝えたいことがあれば、お知らせください。 (例:じんましんが出やすい、貧血気味である、発達に心配がある等)</p>			

裏面もご記入ください。

ケヤキッズ

健康保険証コピー貼付