

保健調査書

_____ 保育園

記入日 平成 年 月 日

児童氏名： _____ 保護者氏名： _____

(1) 今までにかかったことがあれば該当する欄にその年齢を書いてください。

麻疹（はしか）	歳	か月	心臓病またはその疑い	歳	か月
流行性耳下腺炎（おたふく）	歳	か月	熱を伴う扁桃腺	歳	か月
水痘（水ぼうそう）	歳	か月	けいれん症（ひきつけ）	歳	か月
風疹	歳	か月	頭のけが（脳の損傷の疑い）	歳	か月
突発性発疹	歳	か月	百日咳	歳	か月
ぜんそく	歳	か月	その他	歳	か月
ヘルニア（脱腸）	歳	か月		歳	か月
肺炎	歳	か月		歳	か月

(2) 普段の様子で該当するものがあればチェックをしてください。

<input type="checkbox"/> 頭が痛くなりやすい	<input type="checkbox"/> 鼻がでる
<input type="checkbox"/> 熱を出しやすい	<input type="checkbox"/> 鼻づまりがおきやすい
<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい	<input type="checkbox"/> 耳が痛くなったり、耳だれがでることがある
<input type="checkbox"/> お腹をこわしやすい	<input type="checkbox"/> 虫歯等で歯が痛い
<input type="checkbox"/> 運動後に唇や爪が紫色に変わる	<input type="checkbox"/> 口内炎をおこしやすい
<input type="checkbox"/> 顔や足にむくみが出る	<input type="checkbox"/> 乗り物に酔いやすい
<input type="checkbox"/> 立ちくらみやめまいをおこしやすい	<input type="checkbox"/> 体を動かすと動悸や息切れがする
<input type="checkbox"/> 目が開かなくなることや目やにがでやすい	<input type="checkbox"/> ものを見るとき目を細めたりする

(3) 連絡しておきたいことがあればご記入ください。

現在かかっている病気

その他（体質など）、特に園医にみてもらいたいこと

園医所見 ※保護者の方は記入しないでください。

異常なし

園医からのコメント