

児童名： _____

※児童ごとに必ず1枚提出ください。

児童の健康状況について（該当する箇所に○印又は記入をしてください。）

●健康状態について

- 1 健康状態 [健康 / 普通 / 弱い] 平熱： _____ 度 _____ 分
- 2 慢性疾患がある [いいえ・はい] (病名 _____)
- 3 ぜんそくがある [いいえ・はい] (薬名 _____) 服薬 朝・昼・晩
- 4 心臓疾患がある [いいえ・はい] (病名 _____)
- 5 熱性けいれんを起こしたことがある [いいえ・はい] (_____ 歳ころ _____ 回)
- 6 検診の時に相談されたことや指導された内容 [いいえ・はい]
(_____)
- 7 アトピー性皮膚炎がある [いいえ・はい] (薬名 _____)
服薬 (朝・昼・晩) 塗布 (朝・昼・晩)
- 8 アレルギーがある [いいえ・はい] ※症状などあれば具体的に記入ください。
①食べ物 (卵 / 牛乳 / そば / 大豆 / 小麦 / その他 (_____))
②ハウスダスト (_____) ③花粉 (_____) ④金属 (_____)
⑤その他 (_____)

●発達について

- 1 言葉が遅れているように思われる [いいえ・はい]
- 2 目がよく見えていないように思われる [いいえ・はい]
- 3 耳がよく聞こえていないように思われる [いいえ・はい]
- 4 身体の動きに制限があるように思われる [いいえ・はい]
- 5 他の児童と交流を図りにくいように思われる [いいえ・はい]
- 6 落ち着きがなかったり、日によって気分が変わるように思う [いいえ・はい]
- 7 医療機関に通院または相談している (していた) [いいえ・はい]

医療機関名： _____ 傷病名： _____

通院または通所頻度 (週・月) _____ 回

- 8 障害者手帳や療育手帳が交付されている [いいえ・はい]

障害名： _____ 障害等級： _____ 級・度

●健診・検査結果や発達の状況（身体、知的・言葉など）について気になる点や配慮・支援の方法などがありましたら具体的に記入ください。

※できるだけ詳しく記入してください。

証明内容に虚偽の記載があった場合には利用承認を取り消すことがあります。

※更新時使用欄

保護者 確認印	年度	年度	年度	年度	年度
------------	----	----	----	----	----