

令和 年度 児 童 調 査 票 1/2ページ

学年	氏名	ふりがな	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	
				平成 年 月 日	
入学前の保育状況（0歳～入学前までの保育暦）					
期 間			保 育 暦		
0 歳	ヶ月～	歳 ヶ月			
歳	ヶ月～	歳 ヶ月			
歳	ヶ月～	歳 ヶ月			
入学後の保育状況（新1年生を除く）					
利用した学童クラブ等 (民設も含む)					
既往歴 など	病 名		発病年齢	予 防 接 種	
	風 疹 (三 日 ば し か)		歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	流 行 性 耳 下 腺 炎 (お た ふ く か ぜ)		歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	麻 疹 (は し か)		歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	水 痘 (水 ぼ う そ う)		歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
その他の大きな病気など ( )					
排 泄	1. <input type="checkbox"/> 毎日排泄がある				
	2. <input type="checkbox"/> 便秘がちである 排便の時期 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜				
	3. <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい				
	4. <input type="checkbox"/> おしっこが近い				
かかりつけ医		内 科	電 話	( )	
		外 科	電 話	( )	
備 考					

健康状態について		血液型	型	平熱	度	視力	右( ) 左( )
1	先天性の病気がある			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
2	ひきつけ・けいれんをおこしたことがある			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 熱性 <input type="checkbox"/> 興奮性 <input type="checkbox"/> その他( )		
3	出血がとまりにくい			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
4	耳・鼻が弱い			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> その他( )		
5	脱腸がある			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
6	脱きゅうしやすい			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> ひじ <input type="checkbox"/> 手首 <input type="checkbox"/> その他( )		
7	風邪をひきやすい			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
8	気管支炎をおこしやすい			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
9	へんとう腺炎で熱が出やすい			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
10	ぜん息が出やすい			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
11	公害病の認定を受けている			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
12	アレルギー体質がある			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	食物(食品名 その他( )		
13	予防接種で高熱が出たことがある			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
14	湿しんが出やすい			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
15	骨折をしたことがある			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		歳・部位( )	
16	交通事故にあったことがある			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		歳・部位( )	
17	集団生活の中で心配なことがある			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			具体的にご記入ください。
18	今まで療育・相談機関に通ったことがある 例:松が谷福祉会館、教育相談(教育支援館)等			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			具体的にご記入ください。