健 康 調 査 票

記入日　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td>性別</td><td>男　・　女</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>児童氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>学年</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4">〒　　－

緊急連絡先：</td></tr>
<tr><td>平熱</td><td>℃</td><td colspan="2">血液型（わかる場合のみ）</td><td>型</td></tr>
<tr><td>かかりつけ医院</td><td colspan="4">TEL：</td></tr>
<tr><td>服用中の薬の有無</td><td colspan="4">有　・　無
※有の場合、病名（　　）
薬の名前（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">アレルギーの有無</td><td colspan="2">■食物アレルギー　有 ・ 無
※有の場合、原因物質
（　　）
※完全除去、加工品可などもお知らせください。
■他アレルギー　有 ・ 無
※有の場合、原因物質
（　　）</td><td>病歴

※□にレを付けてください。
※予防接種済の場合もチェック</td><td colspan="2">□熱性けいれん（　　才）
□ぜんそく（　　才～）
□はしか
□おたふくかぜ
□水ぼうそう
□風疹
□てんかん
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">■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がありますか。 有 ・ 無
※有の場合、時期・内容等
（　　）</td><td rowspan="2">かかりやすい病気・体質

※□にレをつけてください。</td><td colspan="2" rowspan="2">□風邪をひきやすい
□中耳炎になりやすい
□のどが腫れやすい
□下痢しやすい
□便秘しやすい
□嘔吐しやすい
□おなかが痛くなりやすい
□頭が痛くなりやすい
□化膿しやすい
□鼻血が出やすい
□けいれんを起こしやすい
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>その他特記事項</td><td colspan="2">ケヤキッズに伝えたいことがあればお知らせください。</td></tr>
</table>

ケヤキッズ