

## 休日保育健康チェック票

○園児氏名<sup>フリガナ</sup> (生年月日性別) : \_\_\_\_\_ (平成 年 月 日 男・女)

身長	体重	血液型	平熱
cm	kg	型	℃
かかりつけの医院(病院)(下段に電話番号)		保険証番号	
TEL ( )		国保 社保 共済 ( ) 記号番号( )	

1. 既往歴についてお知らせください。(該当するものに○をつけてください。)

麻疹 水痘 おたふく風邪 風疹 手足口病 りんご病  
 百日咳 肺炎 中耳炎 溶連菌感染症 熱性痙攣 気管支喘息  
 アトピー性皮膚炎 じんましん その他 ( )

2. これまで受けた予防接種についてお知らせください。(該当するものに○をつけてください。)

BCG ポリオ 三種混合 麻疹 風疹 日本脳炎 水痘  
 おたふく風邪 その他 ( )

3. 最近かかった病気を教えてください。

4. 身体状況について該当するものに○をつけてください。

脱臼しやすい 鼻血が出やすい ひきつけをおこしやすい  
 アレルギー体質である (別途用紙に記入いただきます。)

5. 健康上心配なことがありましたら何でも記入してください。

以上