健康審査票

ふりがな 児童氏名		男 ・ 女	20　　年　　月　　日生
今までにかかった病気	1. はしか　2. 百日ぜき　3. 水ぼうそう　4. おたふくかぜ 5. 風疹　6. 肺炎　7. 中耳炎　8. ヘルニア 9. ぜんそく　10. 自家中毒　11. 先天性股関節脱臼 12. 川崎病　13. 腎臓病　14. 骨折　15. 心臓病 16. 肝臓病（急性肺炎、B 型肝炎、その他）		
健康状態	1. 風邪をひきやすい　2. 下痢をしやすい　3. 便秘をしやすい 4. よく吐く　5. かぶれやすい　6. 肘が抜けやすい 7. アレルギー（　　） 8. けいれん（ひきつけ） なし　／　あり→（熱のあるとき／ないとき） 回数　　回 薬服用　なし　／　あり 9. 平熱（　　度）		
食事	1. 普通食　2. 母乳　3. 人工乳（　　CC／　　回）		
治療管理中の病気及び医療機関			
心身発育面、その他お気付きのことがあればご記入ください			
かかりつけの医療機関			
上記のとおり相違ありません 20　　年　　月　　日 保護者氏名　　印			