

記入者 _____

記入日: _____ 月 _____ 日

ふりがな	男 ・ 女	生年月日
名前		平成 ・ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

★健康状態★

●病歴 【 無 ・ 有 】 病名: _____

●入院歴 【 無 ・ 有 】 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
その後の経過

●継続治療をしている疾患

●常備薬 【 無 ・ 有 】 薬名: _____

●今までにかかった病気

・水疱瘡 【 未 ・ 済 】

・麻疹 【 未 ・ 済 】

・風疹 【 未 ・ 済 】

・流行性耳下腺炎(おたふく) 【 未 ・ 済 】

・その他

●予防接種状況

・水疱瘡 【 未 ・ 済 】

・麻疹 【 未 ・ 済 】

・風疹 【 未 ・ 済 】

・流行性耳下腺炎(おたふく) 【 未 ・ 済 】

●起こしやすい症状・病気等☑をつけてください

中耳炎 (右 ・ 脱臼 (右 ・ 左) 蕁麻疹 喘息発作

熱性けいれん (_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ °Cでけいれん) 【※ _____ °Cで連絡を入れる】

下痢 便秘 ヘルニア その他 _____

●保育園の給食で使用する食材の中での食物アレルギー 【 無 ・ 有 】
(食材一覧表、食材チェックリストをご覧ください)

※除去の必要な食物: _____

★お子さんのことをお書きください★ 例: 食事のこと、昼寝のこと、好きなあそび、うたなど