

# 健康狀況報告書

※あてはまる□にチェックをしてください。

|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>◆健康状況◆</b></p> <p><input type="checkbox"/>健康である</p> <p><input type="checkbox"/>病弱である<br/>病名<br/>〔                      〕</p>                                                                                                                             | <p><b>◆慢性疾患での通院・経過観察◆</b></p> <p><input type="checkbox"/>あり                      <input type="checkbox"/>なし<br/>疾患名〔                      〕</p> <p><b>◆アレルギーの有無◆</b></p> <p><input type="checkbox"/>あり                      <input type="checkbox"/>なし<br/>種類〔                      〕</p> <p><b>◆熱性痙攣の有無◆</b></p> <p><input type="checkbox"/>あり                      <input type="checkbox"/>なし</p> <p>既往歴<br/>〔                      〕</p>                                                                           |
| <p><b>◆体質等◆</b></p> <p>平熱<br/>〔                  °C〕</p> <p><input type="checkbox"/>お腹が弱い</p> <p><input type="checkbox"/>皮膚が弱い</p> <p><input type="checkbox"/>脱臼しやすい</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p> <p>上記項目についての具体的症状<br/>〔                      〕</p> | <p><b>◆生活◆ ※3歳未満のお子様のみ</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><b>食事</b></p> <p><input type="checkbox"/>普通食</p> <p><input type="checkbox"/>離乳食</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p><b>睡眠(午睡時間)</b></p> <p><input type="checkbox"/>午前<br/>                  :<br/>                  ~<br/><input type="checkbox"/>午後<br/>                  :<br/>                  ~</p> </div> </div> <p><b>授乳</b></p> <p>授乳時間目安</p> <p>授乳量                      ml</p> |
| <p><b>◆その他◆</b></p> <p>※伝えておきたいこと等</p>                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

対象児童の健康状況は上記の通りです。

年      月      日

対象児童氏名

保護者氏名

印