

児童状況書

保護者	フリガナ		印
	氏名		
	住所		

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日	
児童氏名					
就学前				保育園 幼稚園 その他	
体質・既往歴	平熱（ ℃） ※熱性痙攣	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> ふうしん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> てんかん				
	<input type="checkbox"/> その他（偏頭痛・胃腸が弱い・便秘症・冷え性・慢性中耳炎・蓄膿症・低血圧・鼻血が出やすい等） （ ）				
	アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（食物、花粉、ハウスダスト、ぜんそく、アトピー性皮膚炎等） アレルゲン（アレルギーを引き起こす物質）は何ですか。具体的に記入してください。 （ ） アレルゲンに触れた（食べた）とき、どのような症状が出ますか。 （ ）				
かかりつけ医	名称:		（ 科） 電話:		
	名称:		（ 科） 電話:		
	名称:		（ 科） 電話:		
	定期的に通院していますか	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している	（頻度 回/週・月・年）	
	通院先【		（ 科）】	常時服薬:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
診断名【				】	
薬の名称【				】	
	入院歴や持病がありましたら具体的に記入してください。				
性格・特徴					
通所予定日数	週	日	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日		
その他	※伝えたい事や配慮してほしいことがあれば記入してください。				