児 童 状 況 書

保護者	フリガナ		㊞
	氏 名		
	住 所		

フリガナ 児童氏名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
就学前		保育園 ・ こども園 幼稚園 ・ その他		

体質・既往歴	平 熱 （ ℃ ） ※熱性痙攣 □なし □あり
	□はしか □ふうしん □水ぼうそう □おたふくかぜ □てんかん □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。 □なし □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。 □していない □している（頻度 回/ 週 ・ 月 ・ 年 ） 通院先【 （ 科）】 常時服薬:□なし □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	

療育等	支援学級利用 有・無	療育施設利用 有・無 月・火・水・木・金・土	療育手帳 有・無 身体障障害者手帳 有・無 精神保健福祉手帳 有・無	特別児童 扶養手当証書 有・無
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。			