

出 願 番 号

健 康 調 査 票

各項目について、楷書ではっきりとご記入ください。

(ふりがな) 児童氏名	男 女	生年月日 年 月 日生
----------------	--------	----------------

1. 現在の体格

身 長	cm	体 重	kg
-----	----	-----	----

2. これまでにかかった病気に○をつけてください。また、現在も定期的に検査、治療を受けている病気に◎をつけてください。

◎◎	項 目	年 令	◎◎	項 目	年 令
	心臓病 (病名)	才		斜 視	才
	腎臓病 (病名)	才		弱 視	才
	ひきつけ・てんかん・川崎病	才		難 聴	才
	その他 (病名等具体的に)				

3. 日頃の様子について (該当するものに○をする)

○	項 目
	目を細めてみたり、テレビなどに近付いて見ることが多い
	顔を傾けて物をみる
	呼んでも返事をしなかったり、聞き返すことが多い (耳が聞こえにくい)
	口を開けていることが多い

ウラにつづきます

4. アレルギーについて

(1) 食物アレルギーについて (該当するものに○をする)

○	項 目
	食物アレルギーのために、食事に制限がある。
	食物アレルギーのため学校での対応が必要である。 (食品名)
	アナフィラキシーの既往がある。
	エピペンを所有している。
	「コンタミネーション※」でも症状を引き起こす食品がある。 (食品名)

※コンタミネーション・・・食品を生産する際に、原材料として使用していないにもかかわらず、アレルギー物質が微量混入してしまうこと。(例：同一の製造ラインで数種類の食品を製造している場合など)

(2) 食物以外のアレルギーについて (該当するものに○をする)

○	項 目
	食物以外のアレルギーがある。 (気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性結膜炎、アレルギー性鼻炎など) 〔 具体的に 〕
	アナフィラキシーの既往がある。

5. その他 (気になることがあれば記入してください)