

お子様の健康記録票

3歳以上

※あくまで目安です。

(ふりがな)	
お子様のお名前	

※表面で【有】を記入した項目のみ、ご記入いただきますように、お願い申し上げます。

●平熱		°C	くらい
●これまでにかかった大きな病気やけが、基礎疾患（心疾患・喘息など）：			
	具体的に記述ください（入院歴、手術歴、園で配慮が必要なことなど）：		
●脱臼	部位	：	肘 手首 肩 その他
	回数	：	回 受傷時の年齢
●けいれん	熱性けいれん	回数	回 けいれんを起こした時の体温 °C
		薬剤の使用	無 ・ 有 薬剤名
	憤怒けいれん	回数	回 年齢
		状況	
●アレルギー	<input type="checkbox"/> 喘息	薬剤名	
	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	薬剤名	
	<input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎	薬剤名	アレルゲン
	<input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎	薬剤名	アレルゲン
	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー	薬剤名	食物除去 無 ・ 有
			食物名 小麦・大豆・卵・乳
●その他	※お預りをするうえで、気になる事がございましたら、必要な情報をお書きください。		