

氏名 ()

記入日 (平成 年 月 日)

健康の状況

既往歴 これまでかかった大きな病気や手術等	いつ頃 病名・手術名等	現病歴 現在経過を見ている病気や症状等	・定期的な処方がありますか？ (あり ・ なし) ・何の薬ですか？
---------------------------------	----------------	-------------------------------	--

てんかん発作	・てんかん発作はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・どんな発作ですか ・どれくらいの頻度で起こりますか () 日・月・年に () 回 ・前駆症状 (発作が起こる前の症状) があれば教えてください		
---------------	--	--	--

アレルギー	・アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・何のアレルギーですか？ (<input type="checkbox"/> 食物 卵 牛乳 大豆 小麦 他 ()) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 食物除去をしている () <input type="checkbox"/> 回転食 <input type="checkbox"/> 特に除去はしていない (<input type="checkbox"/> 医薬品 ())		
--------------	--	--	--

予防接種等 接種済みの予防接種、かかった病気に○印をつけてください	その他 (運動面で注意してほしいこと、日常的に観察してほしいこと等)
--	---

BCG				その他	ヒブ	1回	
					2回		
					3回		
					追加		
					水ぼうそう		
					おたふくかぜ		
				今までかかった病気			
				麻しん (はしか)			
				水痘 (水ぼうそう)			
				おたふくかぜ			
				風しん (三日ばしか)			
				伝染性紅斑 (りんご病)			
				手足口病			

障害手帳について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
<input type="checkbox"/> 療育手帳	A B 1 B 2	判定日：平成 年 月 日	交付日：平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 身障手帳	種 級	障害名：	交付日：平成 年 月 日