

令和7年度 児童の健康状況 **秘**

お子様へのよりよい支援のため正確な記載をお願いします。

フリガナ		性別		通学校名		平熱		
児童名				小学校	年 (令和7年度学年)		度	
アレルギー疾患	アレルギー <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※食物、花粉、ハウスダスト、ぜんそく、アトピー性皮膚炎等							
	アナフィラキシーの既往 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			エピペンの処方 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
	アレルギー (アレルギーを引き起こす物質) を具体的に							
	【アレルギーに触れた/食べたときの症状を具体的に】							
アレルギー疾患	除去が必要なもの <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない							
	【具体的に】							
病歴	<input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他 【上記について】 <input type="checkbox"/> 常備薬あり 【服薬等の留意点】		【症状・対処法等】 かかりやすい病気・体質		<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 中耳炎になりやすい <input type="checkbox"/> のどがはれやすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 便秘をしやすい <input type="checkbox"/> 嘔吐しやすい <input type="checkbox"/> よく腹痛をうったえる <input type="checkbox"/> よく頭痛をうったえる <input type="checkbox"/> 化膿しやすい <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> けいれんを起こしやすい <input type="checkbox"/> その他 ()		【症状・対処法等】	
	知的障がいまたは発達障がいの心配 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 知的障がい <input type="checkbox"/> 自閉症スペクトラム症 (アスペルガー障がい/自閉性障がい) <input type="checkbox"/> 限局性学習障がい (学習障がいLD) <input type="checkbox"/> 注意欠陥・多動症 (注意欠陥・多動性障がいADHD) <input type="checkbox"/> 広汎性発達障がい <input type="checkbox"/> その他 ()							
障がい等の有無	<input type="checkbox"/> 療育手帳あり 【 A ・ B1 ・ B2 】							
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳あり 【 級】 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳あり 【 級】							
	障がい名 (部位) を記入してください【 】							
	【上記の障がいについての主治医】							
	医療機関名： 病院・クリニック (科) 担当医師名： 通院頻度： 回/ 週 ・ 月 ・ 年 服薬内容： 回/日 (薬の名称：)							
【中心になって援助している人】 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> その他 ()								
【留守家庭児童育成室での生活において留意してほしいことや伝えておきたいこと】								
留意点	【その他、健康面や生活面で配慮が必要なことや伝えておきたいこと等】							
医療機関	【かかりつけ医】							
	医療機関名： (電話： - -) 医療機関名： (電話： - -)							