

令和8年度 児童の健康状況 ㊫

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8年度学年）	度	
アレルギー疾患	アレルギー ☐ ある ☐ 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 ☐ ある ☐ ない			エピペンの処方 ☐ ある ☐ ない			
	アレルゲン（アレルギーを引き起こす物質）を具体的に						
	【アレルゲンに触れた/食べたときの症状を具体的に】						
	除去が必要なもの ☐ ある ☐ ない 【具体的に】						
現在使用中の薬 ☐ ある ☐ ない							
病歴	☐ けいれん ☐ てんかん ☐ ぜんそく ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ その他 【上記について】 ☐ 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 ☐ 風邪をひきやすい ☐ 中耳炎になりやすい ☐ のどがはれやすい ☐ 下痢をしやすい ☐ 便秘をしやすい ☐ 嘔吐しやすい ☐ よく腹痛をうったえる ☐ よく頭痛をうったえる ☐ 化膿しやすい ☐ 鼻血が出やすい ☐ けいれんを起こしやすい ☐ その他（ ）	【症状・対処法等】	
障がい等の有無	知的障がいまたは発達障がいの心配 ☐ ある ☐ ない ☐ 知的障がい ☐ 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） ☐ 限局性学習障がい（学習障がいLD） ☐ 注意欠陥・多動症（注意欠陥・多動性障がいADHD） ☐ 広汎性発達障がい ☐ その他（ ）						
	☐ 療育手帳あり 【 A ・ B 1 ・ B 2 】						
	☐ 身体障害者手帳あり 【 級 】 ☐ 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】 ☐ 母親 ☐ 父親 ☐ 祖母 ☐ 祖父 ☐ その他（ ）							
【放課後等デイサービスの利用】 ☐ あり ☐ なし（施設名称）							
【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： — — ）						