

こどもの健康チェック表

児童氏名				生年月日	年	月	日
□アレルギー(⑤アレルギー等の該当がある方)							
アレルギー種別	☐ 食物アレルギー →「食物アレルギーの場合」を記入してください ☐ その他()						
発症年齢	歳	か月	症状				
医療機関	☐ 利用していない ☐ 利用している →医療機関名: 受診頻度:□週 □月 □年 ()回						
医師の指導内容							
処方薬 塗布薬	☐ なし ☐ あり→(薬品名:) 園で服薬 ☐ 不要 ☐ 必要→(いつ:)						
食物アレルギーの場合							
アナフィラキシー	☐ なし ☐ あり→	エピペン	☐ なし ☐ あり				
症状の頻度	☐ 必ず出る ☐ 体調による ☐ 摂取量による ☐ その他()						
該当する食品	☐ 卵 ☐ 乳 ☐ 小麦 ☐ 落花生(ピーナッツ) ☐ くるみ ☐ アーモンド ☐ カシューナッツ ☐ マカダミアナッツ ☐ いか ☐ えび ☐ かに ☐ 鮭 ☐ さば ☐ いくら ☐ あわび ☐ 大豆 ☐ そば ☐ 鶏肉 ☐ 牛肉 ☐ 豚肉 ☐ ゼラチン ☐ オレンジ ☐ リンゴ ☐ 桃 ☐ バナナ ☐ キウイ ☐ 山芋 ☐ ごま ☐ その他()						
家庭での食事	☐ 完全除去 ☐ 少し食べさせている ☐ 特に何もしていない						

□健康状況(②健康上の指摘事項、③発達上の心配事、④療育センターへの相談の該当がある方)			
現在の体重・身長	体重: _____ kg 身長: _____ cm	手帳の有無	☐ なし ☐ あり→手帳種別:
障がい・発達の遅れ	☐ なし ☐ あり→(診断名:)	発症年齢	歳 か月
医療機関名		症状	
療育センター等の利用	☐ なし ☐ あり→(施設名:)	受診頻度	□週 □月 □年 ()回
利用内容		現在の保育状況	☐ 家族でみている ☐ 勤務先に連れていく ☐ 保育園利用中 ☐ その他()
医療的ケア	☐ 不要 ☐ 必要→ ☐ 吸引 ☐ インスリン注射 ☐ 酸素チューブ ☐ 経管栄養 ☐ 導尿 ☐ その他→()		
処方箋	☐ なし ☐ あり→(名) ☐ 頓服 ☐ 定期→(頻度) 園で服薬 ☐ 不要 ☐ 必要→(いつ)		
病歴			
病歴	☐ なし ☐ あり→病名:□心臓病 □腎臓病 □けいれん □熱性けいれん □てんかん □肘内相(肘が抜ける) □喘息 □アトピー性皮膚炎 ☐ その他() 完治:□していない □している→(いつごろ:)		
診断名		症状	
医療機関名		医師からの指示	