

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: _____g 身長: _____m		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 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				