



今までにかかった主な病気・予防接種の有無			
麻疹(はしか)	かかった ・ かかっていない	予防接種	した ・ しない
水痘(みずぼうそう)	かかった ・ かかっていない	予防接種	した ・ しない
おたふくかぜ	かかった ・ かかっていない	予防接種	した ・ しない
風疹(三日はしか)	かかった ・ かかっていない	予防接種	した ・ しない
大病をしたことがありますか	無 ・ 有(病名 )		
持病を持っていますか(アレルギー等)	無 ・ 有(病名 )		
<p>現在定期的な診察や投薬を受けていますか(いる ・ いない)</p> <p style="text-align: center;">病院で _____ について</p> <p>今まで言葉や発育のことで相談や指導をうけたことがありますか(ある ・ ない)</p> <p style="text-align: center;">____年 ____月頃 (場所) _____ で _____ について</p>			
かかりつけの病院	内科	外科	
保険証	名称	記号	番号
血液型	型	平熱	℃
<p>学童保育所では軽い切り傷、虫刺され、打撲などに市販の絆創膏、塗り薬、湿布等使用することがあります。使用することに問題ありませんか。</p> <p><input type="checkbox"/> 薬使用に同意します。      <input type="checkbox"/> 薬使用に同意しません。</p>			
<p>家庭からの注意事項や保護者から見たお子さんの様子など(性格等)なるべく細かくご記入ください。また、支援・配慮が必要な場合も、こちらに詳細を記載してください。</p>			

( 児童氏名

) 保護者氏名 \_\_\_\_\_