

# 健康状況申告書

|         |                                                                                                                                                                                              |  |      |                                                                                                                                       |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 健康状況    | 健康状況<br><input type="checkbox"/> 健康<br><input type="checkbox"/> 病弱( )                                                                                                                        |  | 生活状況 | 1 はしか<br>2 水ぼうそう<br>3 おたふくかぜ<br>4 風疹<br>5 肺炎<br>6 百日咳<br>7 気管支喘息<br>8 ひきつけ<br>9 自家中毒症<br>10 中耳炎<br>11 その他の慢性疾患<br>( )                 |
|         | 心身の障害の有無<br><input type="checkbox"/> 有( )<br><input type="checkbox"/> 無                                                                                                                      |  |      | ※ かかった病気の番号に○をつけて下さい。                                                                                                                 |
| 予防接種    | 1 三種混合<br>2 はしか(又はMMR)<br>3 ポリオ<br>4 BCG<br>5 日本脳炎<br>6 おたふくかぜ<br>7 その他( )<br>※ 受けたものの番号に○をつけて下さい。                                                                                           |  | 生活状況 | 集団保育経験の有無<br><input type="checkbox"/> 有<br>施設名( )<br>期間    年    月～    年    月<br><input type="checkbox"/> 無                            |
| 体質      | <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい<br>( )<br><input type="checkbox"/> おなかが弱い<br>( )<br><input type="checkbox"/> 皮膚が弱い<br>( )<br><input type="checkbox"/> その他<br>( )<br>※ ( )内には具体的症状を記入して下さい。 |  |      | 食事制限の有無(アレルギー等)<br><input type="checkbox"/> 有<br>食品名( )<br><input type="checkbox"/> 無                                                 |
| かかりつけの医 | 内科                                                                                                                                                                                           |  | 生活状況 | 排泄の状況<br><input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部介助<br><input type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> 全介助 |
|         | 外科                                                                                                                                                                                           |  |      |                                                                                                                                       |