

健 康 調 査 票

氏 名	(男 ・ 女)
生年月日	平成 年 月 日生まれ (歳)
学 校 名	学校 (年)
電話番号・ 保護者氏名	緊急連絡先①： 氏名： 児童との続柄 () 緊急連絡先②： 氏名： 児童との続柄 ()

(1) これまでに罹った病気はありますか。 ある ・ ない

・あると答えた方のみ記入。

喘息・心臓病・腎臓病・その他 ()

(対応・手当の仕方、気をつけることがあれば記入してください。)

(2) 持病または治療中の病気はありますか。 ある ・ ない

・あると答えた方のみ記入。

喘息・心臓病・腎臓病・その他 ()

(対応・手当の仕方、気をつけることがあれば記入してください。)

(3) アレルギーはありますか。 ある ・ ない

・あると答えた方のみ記入。

(食 事) _____

(薬) _____

(その他) _____

(対応・手当の仕方、気をつけることがあれば記入してください。)

(4) その他健康上、注意する点がありましたら、ご自由にお書きください。

※既往歴がある方は、医師と相談のうえ、薬を持参し研修に参加させてください。