児　童　健　康　調　査　票

児童名	フリガナ 氏　名	男 女	生年月日	平成　　年　　月　　日
			学校名・学年	小学校　　年
保護者氏名		電話番号		
住所	入間市			

医療歴

かかったことのある病気・現在かかっている病気または症状等に〇印をつけてください。

・はしか　・風疹　・水ぼうそう　・おたふくかぜ　・扁桃腺炎
・腎炎　・周期性嘔吐　・外傷（特に頭部）　・中耳炎　・鼻炎
・喉頭炎　・ぜん息　・アレルギー（　　）
・心臓疾患［　不整脈　肥大　雑音　弁膜症　先天性＿＿＿＿＿＿］
・斜視　・眼病（　　）・口内異常　・口がい裂　・ヘルニア
・脱臼ぐせ　・側わん症　・内外反足　・自家中毒症　・髄膜炎
・脳炎　・脳性小児まひ　・小頭症　・ダウン症
・その他先天性疾患等（　　）

ひきつけ等 有　無	有の場合	ひきつけ等（１回目　歳　ヶ月頃、その後　回） （熱　度　回、無熱性　回） （泣きいりけいれん　有・無） てんかん（　時頃が多い。状態：　）
服　薬 有　無	有の場合	薬の種類（　　） 1日の服薬回数（　回　時間毎・食前・食後） （　回　時間毎・食前・食後）

身体の状況	下記の器官に障害、疾病、異常等がある場合は〇印をつけて（　）内に具体的にご記入ください。（ない場合は、なしに〇印） ・なし　1 脳　2 耳　3 眼　4 口　5 鼻　6 内臓　7 四肢　8 その他 （　　）
調査者の欄	