

学 年		氏 名	ふりがな	男 ・ 女	生 年 月 日
					年 月 日
入 学 前 の 保 育 状 況 (0歳～入学前までの保育暦)					
期 間			保 育 暦		
0歳 ヶ月～ 歳 ヶ月					
歳 ヶ月～ 歳 ヶ月					
歳 ヶ月～ 歳 ヶ月					
入 学 後 の 保 育 状 況 (新1年生を除く)					
利用した学童クラブ等 (民設も含む)					
既 往 歴 な ど	病 名		発 病 年 齢	予 防 接 種	
	風 疹 (三 日 ば し か)		歳	有 無	
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		歳	有 無	
	麻 疹(は し か)		歳	有 無	
	水 痘(水 ぼ う そ う)		歳	有 無	
	先天性の病気やその他の病気など(経過、現在の状況)				
排 泄	1. 毎日排泄がある 2. 便秘がちである 3. 下痢をしやすい 4. おしっこが近い 排便の時期 朝、昼、夜 その他注意してほしいこと				
かかりつけ医		内 科	電話()		
		外 科	電話()		
		歯 科	電話()		
備 考					

健康状態について		平熱	度	血液型	型	視力	右() 左()
1	けいれんをおこしたことがある	はい・いいえ		熱性・興奮性・ その他()			
2	鼻血がとまりにくい	はい・いいえ					
3	耳・鼻が弱い	はい・いいえ		中耳炎・鼻炎・ その他()			
4	脱きゅうしやすい	はい・いいえ		肩・ひじ・手首・ その他()			
5	風邪をひきやすい	はい・いいえ					
6	アレルギー体質がある	はい・いいえ		食物 () 薬・その他 ()			
7	発疹(ほっしん)が出やすい	はい・いいえ					
8	集団生活の中で心配なことがある	はい・いいえ		具体的にご記入ください。			
9	今まで療育・相談機関に相談したことがある、通ったことがある 例：松が谷福祉会館(こども療育室)、教育相談(教育支援館)等	はい・いいえ		・相談や通所時の年齢 (例：2～3歳、4歳～現在、など) ・内容をご記入ください。			