

学 年	氏 名	ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日		
					平成 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		
	三 種 混 合	百 日 ぜ き		歳		有 無	
		ジ フ テ リ ア		歳		有 無	
		破 傷 風		歳		有 無	
	麻 疹(は し か)		歳		有 無		
	水 痘(水 ぼ う そ う)		歳		有 無		
その他の大きな病気など( )							
排 泄	1. 毎日排泄がある		排便の時期		朝、昼、夜		
	2. 便秘がちである		その他注意して ほしいこと		〔 〕		
3. 下痢をしやすい							
4. おしっこが近い							
備 考							

健康状態について		血液型	型	平熱	度	視力	右( ) 左( )
1	先天性の病気がある		はい・いいえ				
2	ひきつけ・けいれんをおこしたことがある		はい・いいえ			熱性・興奮性・ほか	
3	出血がとまりにくい		はい・いいえ				
4	耳・鼻が弱い		はい・いいえ			中耳炎・鼻炎・その他( )	
5	脱腸がある		はい・いいえ				
6	脱きゅうしやすい		はい・いいえ			肩・ひじ・手首・その他( )	
7	風邪をひきやすい		はい・いいえ				
8	気管支炎をおこしやすい		はい・いいえ				
9	へんとう腺炎で熱が出やすい		はい・いいえ				
10	ぜん息が出やすい		はい・いいえ				
11	公害病の認定を受けている		はい・いいえ				
12	アレルギー体質がある		はい・いいえ			薬品・食物・その他( )	
13	予防接種で高熱が出たことがある		はい・いいえ				
14	湿しんが出やすい		はい・いいえ				
15	骨折をしたことがある		はい・いいえ			歳・部位( )	
16	交通事故にあったことがある		はい・いいえ			歳・部位( )	
17	障害の程度		はい・いいえ			身障手帳 愛の手帳 その他( )	級 度
備考	備						
	かかりつけ医	内科				電話( )	
		外科				電話( )	