

学年	氏名	ふりがな		男女	生年月日			
					平成 年 月 日			
入学以前の保育状況(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								
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							
備 考	3. 下痢をしやすい			その他注意して ほしいこと [ ]				
	4. おしっこが近い							

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( )		
備考								
	かかりつけの医師	内科				電話( )		
		外科				電話( )		