

健康状態通知票

記入日

年

月

日

(児童クラブ名/)

(児童名/) (学年 新 年生) (男・女)

申込児童の状況 (該当する箇所に○印又は記入をしてください。)

①健康状態について

- 1 慢性疾患がある [いいえ・はい] (病名)
- 2 ぜんそくがある [いいえ・はい] (薬名) 服薬 朝・昼・晩
- 3 心臓疾患がある [いいえ・はい] (病名)
- 4 熱性けいれんを起こしたことがある [いいえ・はい] (歳ころ 回)
- 5 検診の時に相談されたことや指導された内容
()
- 6 服薬がある [いいえ・はい] (薬名)
- 7 アトピー性皮膚炎がある [いいえ・はい] (薬名)
服薬 (朝・昼・晩) 塗布 (朝・昼・晩)
- 8 アレルギーがある [いいえ・はい] ※ [はい] で①に○印をした方は様式第1号別紙もご提出ください。
①食べ物 (卵 / 牛乳 / そば / 大豆 / 小麦 / その他 ())
②ハウスダスト ③花粉 ④金属 () ⑤その他 ()

②発達について

- 1 言葉が遅れているように思われる [いいえ・はい]
- 2 目がよく見えていないように思われる [いいえ・はい]
- 3 耳がよく聞こえていないように思われる [いいえ・はい]
- 4 身体の動きに制限があるように思われる [いいえ・はい]
- 5 他の児童と交流を図りにくいように思われる [いいえ・はい]
- 6 落ち着きがなかったり、日によって気分が変わるように思う [いいえ・はい]
- 7 医療機関に通院または相談している (していた) [いいえ・はい]

医療機関名:

傷病名:

通院または通所頻度 (週・月)

回

- 8 障害者手帳や療育手帳が交付されている [いいえ・はい]

障害名:

障害等級:

級・度

③健診・検査結果や発達の状況 (身体、知的・言葉など) について気になる点がありましたら具体的に記入してください。

かかりつけの医療機関を記入してください。

- (医療機関名) (電話連絡先)
(医療機関名) (電話連絡先)
(医療機関名) (電話連絡先)
(医療機関名) (電話連絡先)

◎障がいの程度や、アレルギーなど児童の状況によっては利用許可できない場合がありますので、予めご了承ください。