健康に関する予備調査票

倉敷市立倉敷支援学校

記入年月日 令和 年 月 日

(ふりがな) 氏名		男・女	平成 令和 年 月 日生
(ふりがな) 保護者氏名	続柄()		
血液型	()型 Rh型()	平熱	(.)℃

1 身体状況

身長	cm		体重	kg
視力	☐ 見える	☐ 少し見える	☐ 見えない	☐ 見えるかどうかわからない
聴力	☐ 聞こえる	☐ 少し聞こえる	☐ 聞こえない	☐ 聞こえるかどうかわからない
肢体の機能障害	☐ ない ☐ ある (上肢 ・ 下肢 ・ 全身) 配慮を要する場面 ()			
食形態	☐ 通常通り ☐ 一口大 ☐ きざみ その他配慮を要する内容 ()			
医療的ケア	☐ 必要 (吸引 ・ 導尿 ・ 経管栄養 ・ その他) ☐ 不要			

2 今までにかかった主な病気 *該当するものは年齢を記入してください。該当しないものは斜線を引いてください。

病 気	年 齢	病 気	年 齢
麻しん(はしか)		心臓病 ()	
風しん(三日ばしか)		川崎病 ()	
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		肝臓病 ()	
水痘(水ぼうそう)		腎臓病 ()	
ぜん息		難聴 (右 ・ 左)	
アトピー性皮膚炎		斜視・視力障害	
アレルギー性鼻炎		四肢の麻痺・運動障害	
アレルギー性結膜炎		けいれん	
その他アレルギー ()		手術 ()	
◆食物アレルギー ☐ ある ☐ ない 食品名() 医療機関() 主治医() 先生			

3 予防接種について *受けているものに接種年月日を記入してください。(親子手帳等で確認してください)

◆四種混合 (百日ぜき、破傷風、ジフテリア、ポリオ) *三種混合の場合もこちらに記入	◆MRワクチン (風しん・麻しん)	◆H i b	◆日本脳炎
1回目: . .	1回目: . .	1回目: . .	1回目: . .
2回目: . .	2回目: . .	2回目: . .	2回目: . .
3回目: . .	2回目: . .	3回目: . .	3回目: . .
追加: . .	◆肺炎球菌	追 加: . .	追 加: . .
◆水痘 (水ぼうそう)	1回目: . .	◆流行性耳下腺炎	◆B型肝炎
1回目: . .	2回目: . .	1回目: . .	1回目: . .
追加: . .	3回目: . .	追 加: . .	2回目: . .
◆その他	追 加: . .	◆BCG: . .	3回目: . .