

入室時健康調べ【記入例】

※該当する箇所記入又は○印をつけてください。

学童保育室名	戸田第一		小学校	学童保育室
児童氏名	戸田一郎		平熱	36度6分
特別支援学級への通学	有 ( 通学中・通学予定 )		・ <input checked="" type="radio"/> 無	
普段の様子	<input checked="" type="radio"/> 外遊びが好き ・一人遊びが好き ・あまり遊びが好きではない		<input type="radio"/> 室内遊びが好き ・集団行動が苦手 ・落ち着きがない	
からだの様子	<input type="radio"/> 風邪をひきやすい ・お腹をこわしやすい		<input type="radio"/> 吐きやすい ・化膿しやすい <input checked="" type="radio"/> 鼻血が出やすい	
	(1)アトピー ( <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無 ) (2)喘息 ( <input type="radio"/> 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 ) (3)疾病等 ( <input type="radio"/> 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 ) ※有りの場合は、以下を記入してください。 疾病名 ( ) 疾病の状況 ( ) かかりつけの病院名 ( ) (4)食物アレルギー ( <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無 ) ※有りの場合は、以下より該当する品目に○印をつけてください。 <input checked="" type="radio"/> 卵 ・ 小麦 ・ そば ・ 乳 ・ 大豆 ・ ごま ・ 肉類 ( ) 魚介類 ( ) ・ 果物類 ( ) ・ ナッツ類 ( ) きのこと類 ( ) ・ その他 ( ) ※アレルギーの程度 (例：完全除去、製造工程、部分除去等) [ <input checked="" type="radio"/> 生卵のみ完全除去 ] ※エピペンの処方 ( <input type="radio"/> 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 ) ※その他アレルギーが有りの場合は、どのような症状があるか記入してください。 [ <input checked="" type="radio"/> 発作、湿疹 ]			
◎その他、からだや心について、気になることや配慮することがあれば必ず記入してください。 (例：障がいの有無や内容、対応方法等)				