

児童成育歴調査票

令和 年 月 日 記入

就学予定者 <small>ふりがな</small> 氏名		生年月日	平成 年 月 日
保護者氏名		電話番号	
住所	精華町		
小学校在籍 ご兄弟の有無	無・有	有の場合 (年 組 / 年 組)	

(1) 生まれた時の様子で、知らせておきたいことがあれば記入してください。

(2) 接種した予防接種全てに (チェック)の上、接種した回数に○(マル)をしてください。

<input type="checkbox"/> ヒブ(Hib)【1回目 2回目 3回目 追加】	<input type="checkbox"/> MR(麻しん風しん混合)【1期 2期】
<input type="checkbox"/> 肺炎球菌【1回目 2回目 3回目 追加】	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 【1回目 2回目 追加】
<input type="checkbox"/> 四種混合【1回目 2回目 3回目 追加】 (ジフテリア、百日咳、破傷風、不活化ポリオ)	<input type="checkbox"/> B型肝炎 【1回目 2回目 3回目】
<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> ロタウイルス 【1回目 2回目 3回目】
<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)【1回目 2回目】	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ 【1回目 2回目】
	<input type="checkbox"/> その他()

(3) 予防接種で、知らせておきたいことがあれば記入してください。

(4) 今までにかかった病気があれば、 (チェック)をしてください。

<input type="checkbox"/> 麻しん(はしか)	<input type="checkbox"/> 風しん(三日はしか)	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ
<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> 川崎病	<input type="checkbox"/> 腎臓病
<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎	<input type="checkbox"/> 結核	
<input type="checkbox"/> その他()			

(5) よくおこる病気等について記入してください。 例:ひきつけ、ぜんそく
※食物アレルギーについては、裏面「学校生活における食物アレルギー等事前調査票」にご記入ください。

(6) 現在、医師に診てもらっている病気等があれば記入してください。

↳ 裏面「学校生活における食物アレルギー等事前調査票」もご記入ください

学校生活における食物アレルギー等事前調査票

(1) 食物アレルギーについて、該当する選択肢に☑(チェック)をしてください。

- ① 食物アレルギーはありません → 質問は以上です。ご協力ありがとうございました。
- ② 食物アレルギーがあります → (2)～(3)もご回答ください。
- ③ 食物アレルギー以外で、食べられないものがあります → (2)～(3)もご回答ください。

(2) (1)で②または③と答えた方は、以下の項目も回答ください。

Q1. 食物アレルギー等の原因となる食物と症状をご記入ください。

原因物質	症状	最終診断年齢	備考

※食物アレルギー以外の乳糖不耐症等で医師の診断上、食べられないものがある場合は、ご記入ください。

原因物質	症状	最終診断年齢	備考

Q2. 現在、除去している食物はありますか。

- はい いいえ (除去食品: _____)

Q3. 過去に除去を行っていたが、現在は食べられるようになった食物はありますか。

- はい いいえ (食品名: _____)

Q4. Q2、Q3で「はい」と答えた方について、それは誰が判断しましたか。

- 医師 保護者 その他(_____)

(3) 治療のため使用している薬はありますか。またどんな薬ですか。

- ない ある
- ①内服薬 ②アドレナリン自己注射薬(エピペン)
- ③その他(_____)

※学校給食において、対応が必要な場合には、別途連絡いたします。

【注】就学時検診を受診できない場合は、この調査票を記載のうえ学校教育課まで提出してください。