秘

No.

入 室 時 健 康 調 べ

※該当する箇所に記入又は〇印をつけてください。

学 校 名	小学校　　年		
児 童 氏 名		平熱	度　　分
特別支援学級への通学	有（ 通学中・ 通学予定 ）　・　無		
普段の様子	・外遊びが好き　・室内遊びが好き　・友達とよく遊ぶ ・一人遊びが好き　・集団行動が苦手　・落ち着きがない ・あまり遊びが好きではない		
からだの様子	・風邪をひきやすい　・吐きやすい　・鼻血が出やすい ・お腹をこわしやすい　・化膿しやすい		
	⑴アトピー　（ 有 ・ 無 ） ⑵喘息　（ 有 ・ 無 ） ⑶疾病等　（ 有 ・ 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（　　） ⑷食物アレルギー　（ 有 ・ 無 ） ※有りの場合は、以下より該当する品目に〇印をつけてください。 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） 〔　　〕 ※エピペンの処方　（ 有 ・ 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。 〔　　〕		

◎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）

※本書類については、学童保育室入室に関する以外には使用いたしません。