

健康アンケート

もりの聖愛保育園

園長 朝倉誠一

児童名 _____

平成 年 月 日 現在

既往歴	1. 今までにかかった病気・怪我はありますか？(該当するものに○をして下さい)		
	肝臓疾患(才)	心臓疾患(才)	麻疹(才)
	水痘(水ぼうそう)(才)	リウマチ疾患(才)	風疹(三日ばしか)(才)
	アナフィラキシーショック (原因: _____)	川崎病(才)	自家中毒(才)
	しょう紅熱及び溶連菌感染症(才)	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)(才)	ひきつけ・けいれん(才) 肺炎 中耳炎
	大きな怪我	その内容: _____	
	入院経験及び手術経験	その内容: _____	
アレルギーについて	2. 入学前の予防接種		
	日本脳炎I期 済・未	ポリオ 済・未	三種混合I期 済・未
	結核 ツベルクリン 陽性・陰性 BCG接種 した・しない	※平成17年5月以降はBCGのみの接種	
	3. 現在治療中の病気はありますか？ <例>中耳炎、ぜん息、アトピー、アレルギー、手術の必要な病気、大きな怪我など..		
	① なし ② ある: その病気・怪我の名前 (_____)		
	4. アレルギー、アトピーと言われたことはありますか？ ① なし ② ある (と答えた方は別紙『アレルギーについて』をご記入下さい)		
体調面について	7. お子さまの体調についてお聞きします		
	a. 風邪をひきやすい b. 発熱しやすい c. のどが腫れやすい d. よくゼーゼーしている e. よくお腹を痛くする f. よく便秘する g. よく下痢する h. チアノーゼになる i. 食が細い j. 疲れやすい k. 肘内障・脱きゆうをしたことがある 部位... (_____)		
	l. 皮膚の状態 ① 普通 ② 乾燥肌 ③ 湿疹がでやすい ④ じん麻疹が出やすい ⑤ アトピー性皮膚炎と診断されている (常用薬・頓服があれば薬剤名をお書きください: _____) ⑥ その他 (_____)		
かかりつけの病院	内科	病院名 _____	電話 _____
	外科	病院名 _____	電話 _____
	整形外科	病院名 _____	電話 _____
	歯科	病院名 _____	電話 _____
	眼科	病院名 _____	電話 _____
	耳鼻咽喉科	病院名 _____	電話 _____

喘息について	5. ぜん息と診断されたことはありますか？ ① ない ② ある ③ ぜん息はないが、ぜん息様気管支炎と診断されたことがある ----- * ②・③に丸をした方にお聞きします。これまでに発作を起こしたことがありますか？ 初回発作: 平成()年()月 最終発作: 平成()年()月 頻度(月/年)()回位 (完治した場合はかかっていた時期 歳~ 歳) 起こりやすい時期 (風邪に伴い・季節の変わり目等)() 使用している薬剤があれば薬剤名をお書きください (常用薬: _____) (発作時のみ使用している薬: _____)
	6. 熱性けいれんをおこしたことはありますか？ ① ない ② ある ----- * 「ある」と答えた方にお聞きします。(複数回の場合、すべてご記入ください) 過去()回 何才何ヶ月(_____) ※2回以上の場合はそれぞれの年齢 その時の体温は何度でしたか？()℃ 現在発熱時に使用している薬(座薬など)があれば、記入して下さい。 薬品名(_____) ※緊急連絡の必要があるのは何度以上の場合ですか？ (_____)℃以上の場合
その他	8. 利用時、今までの項目、またそれ以外でも、体調面で特に気にしてほしいこと、または、不安に思っている事、相談などがありましたらお書き下さい。

※ その他、質問などがありましたら、職員までお申し出下さい。
保育園より、質問事項がある場合、連絡を差し上げる場合がありますので、ご了承ください。
アンケートへのご協力ありがとうございました。