

【こども用健康チェックリスト】

保護者名 _____

こどもの名前

生年月日

このリストは、加美町ファミリーサポートセンター事業にて使用するものです。
その他には、使用しません。

問1 食べ物のアレルギーはありますか。

- ☐ ある（例:たまご・牛乳）（ ）
- ☐ ない

問2 食べ物以外のアレルギーはありますか。

- ☐ ある（例:ハウスダスト・動物）（ ）
☐ ない

問3 下記の既往歴はありますか。

- ☐ 熱性けいれん ☐ ぜん息 ☐ 肺炎 ☐ 川崎病
☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 低血糖 ☐ 中耳炎 ☐ 蕁麻疹
☐ 気管支炎 ☐ 脱臼（部位 ）
☐ その他（ ）

問4 起こしやすい症状はありますか。

- ☐ 風邪をひきやすい ☐ 下痢 ☐ 便秘
- ☐ 扁桃腺が腫れやすい ☐ 鼻血 ☐ 乾燥肌
- ☐ 皮膚がかぶれやすい ☐ 吐きやすい
- ☐ その他（ ）
- ☐ ない

問5 (問3)の既往歴のある方にお聞きします。薬を服用していますか。

- ☐ いつも服用している ☐ 服用していない
- ☐ 症状が出た時服用している ☐ すぐに通院しなければならない

問6 かかりつけの病院

	病院名	電話番号	住所
内科			
それ以外			

