

## 健康状態調査票

入園予定者	氏名		性別	保護者	氏名	印
	生年月日	平成 年 月 日	男・女		現住所	
	現住所	中城村字			入園予定者との続柄	

※ この調査票は、あなたとのお子様の健康状態を把握することにより、健康で楽しい園生活を送っていただくための大切な調査ですので正確にお答え下さい。

**(1) 生活習慣についてお尋ねします。(該当欄にレ印をつけて下さい。)**

- 1 食欲はありますか……………  ある  ない
- 2 食事は決まった時間にとりますか……  はい  いいえ( )
- 3 食事を抜くことがありますか……………  よくある  時々ある  ない
- 4 睡眠時間はどのくらいですか…………… (平均 時間 分)(就寝 時 分～起床 時 分)
- 5 便通はどうですか…………… ( )日に( )回位
- 6 尿の回数はどうですか…………… 1日に( )回位

**(2) 【既往歴】以前にかかった病気があれば○印をつけ( )にかかった年齢を記入して下さい。**

- 1 感染症(病名: \_\_\_\_\_ 歳)      2 心臓病( \_\_\_\_\_ 歳)      3 肝臓病( \_\_\_\_\_ 歳)
- 4 腎臓病( \_\_\_\_\_ 歳)      5 気管支喘息( \_\_\_\_\_ 歳)      6 結核その他呼吸器疾患( \_\_\_\_\_ 歳)
- 7 その他(病名 \_\_\_\_\_ )

- 8 手術を受けたことがありますか……………  ある  ない

※ あると答えた方・何の手術ですか (病名 \_\_\_\_\_ )

- 9 アレルギー体質といわれたことがありますか……………  ある  ない

※ あると答えた方・何のアレルギーですか。詳しくお答え下さい。  
( \_\_\_\_\_ )

**(3) 【現病歴・治療歴】 次の質問についてお答え下さい。**

(該当欄にレ印をつけ( )にお答え下さい。)

- 1 現在治療中ですか……………  はい  いいえ

※ はいと答えた方、何の病気ですか…(病名 \_\_\_\_\_ )

- 2 現在服用している薬がありますか……  ある  ない

※ はいと答えた方、何の薬ですか…(薬名 \_\_\_\_\_ )

**(4) 園生活を送る上で特に気をつけて欲しいことがあればご記入下さい。**

- 1 健康面
- 

- 2 生活面
- 

- (5) 他の幼稚園・保育園を併願していますか。       はい       いいえ**