

健康アンケート

児童氏名 _____

在園保育園名 _____

保育園 _____

●お子さんの健康状態についてご記入ください。

1、アレルギー（アトピー性皮膚炎など）について

①アレルギー症状はありますか？ （ ある ・ ない ）

②食事制限はありますか？ （ ある ・ ない ）

※**ある**の方は以下の質問にお答えください。

・制限されている食物を教えてください。

卵 ・ 牛乳 ・ 大豆 ・ その他（ _____ ）

・現在、保育園での給食はどうしていますか？

除去食 ・ 代替食 ・ その他（ _____ ）

2、ぜんそくについて

①ぜんそくの症状はありますか？ （ ある ・ ない ）

※**ある**の方は以下の質問にお答えください。

・運動の制限はありますか？ （ ある ・ ない ）

※**ある**の方は以下の質問にお答えください。

・具体的にお書きください

{ _____ }

3、下記に該当するお子さんについてご記入ください。

①慢性の疾患（持病）がある。

疾患名 _____

②現在継続して治療の必要な傷病がある。

傷病名 _____

③ひきつけ・けいれんを起こしたことがある。

_____ 歳頃

4、心身の発達やことばの発達等、気になることはありますか？

（ ある ・ ない ）※**ある**の方は面談時に詳しくお知らせください。

5、その他お子さんの健康管理上、ご家庭から伝えておきたいことがありましたら、ご記入ください。

{ _____ }

★休日保育では、原則として薬のお預かりは致しません。

★記載内容の変更は、実際の利用日に休日保育実施施設までお知らせください。