

問 診 票

児童氏名 _____

保護者氏名(記入者) _____

平 熱	度 分	起床時間	時 分	就寝時間	時 分	
既往暦	ワクチン	年 齢	予防注射	ワクチン	年 齢	予防注射
	インフルエンザ菌 b型(ヒブ)	才	済・未	B C G	才	済・未
	肺 炎 球 菌	才	済・未	麻 疹・風 疹	才	済・未
	B 型 肝 炎	才	済・未	水 痘	才	済・未
	口 タ ウ イ ル ス	才	済・未	お た ふ く か ぜ	才	済・未
	4 種 混 合	才	済・未	日 本 脳 炎	才	済・未
	3 種 混 合	才	済・未	ヒトパピローマウイルス(HPV)	才	済・未
	2 種 混 合	才	済・未	け が ()		
	ポ リ オ	才	済・未	そ の 他 ()		
健康の状態	1 異常なし					
	2 関節が外れやすい		3 すぐつかれる		4 かぜひきやすい	
	5 アトピー性皮膚炎		6 鼻血でやすい		7 消化不良	
	8 気管支炎		9 便秘しやすい		10 おしっこが近い	
	11 アレルギー体質(※) ()					
	12 その他 ()					
現在、治療(通院)中の 病気(病名)						
性 格						
食 べ 物	すききらい	ほとんどない・少しある・はげしい		食 欲	ある・少ない	
	アレルギー症状が出る食材 ()					

※ 金属アレルギー等の食べ物以外のアレルギーについては「健康の状態」欄に記載してください。

○学童保育を利用する際、特に心配していること(気になること)
