

健 康 表

なまえ _____

今までにかかったことのある病気 (○をつけて下さい)	はしか・風疹・おたふくかぜ・水疱瘡・突発性湿疹 その他 ()
今までに受けた予防接種 (○をつけて下さい)	四種混合・MR (はしか、風疹混合)・ヒブ・肺炎球菌 おたふくかぜ・BCG その他 ()
アトピー・アレルギー の有無	ある ・ ない ある場合は詳しくお知らせ下さい
体調面で気になること	(例) お腹が弱い、肌が弱い
かかりつけの病院	病院名 TEL

1. 一時預かり・ファミリーサポートなどの利用経験がありますか？

(ある ・ ない)

2. 好きな遊びは何ですか？

()

3. 普段、お子さんを何と呼ばれていますか？

()

4. トイレトレーニングをしていますか？

(はい ・ いいえ)

5. お昼寝の習慣はありますか？

(ある ・ ない)

寝かせ方 ()

(例) 抱っこ、布団に横になる、ラック など

6. 同居している方に喫煙者はいらっしゃいますか？

(はい ・ いいえ)

7. 今までに痙攣を起こされたことがありますか？

(ある ・ ない)

ある場合いつ頃ですか ()

8. 平熱は何度ですか？

(度)