

# 健康調査票

ふりがな						生年月日	
氏名						20 年 月 日 ( 歳 ヶ月)	
出生時	病院					出産状況	正常
	身長	cm					その他
	体重	g					
病歴	20 年 月 日	病名			治癒	治療中	
	20 年 月 日	病名			治癒	治療中	
	20 年 月 日	病名			治癒	治療中	
	20 年 月 日	病名			治癒	治療中	
家族歴	(父・母・兄弟姉妹・祖父母が下記の疾患にかかっている、またはかかった事のある場合のみ記入)						
	例：父/治癒						
	糖尿病						
	高血圧						
	心臓血管疾患						
	脳疾患						
	悪性腫瘍						
	アレルギー						
その他							
アレルギーの有無	(ある場合のみ内容をカッコ内に記入)						
	食物《要診断書提出》 ( )						
	薬物 ( )						
	アトピー性皮膚炎 無 ・ 有						
	喘息 発病	20 年 月 日	最終発作	20 年 月 日			
	投薬・吸入の有無 無 ・ 有						
その他 ( )							
(接種したものは日付を記入) 予防接種	インフルエンザ菌 b型 (ib)	1回	20 年 月 日	B型肝炎	20 年 月 日		
		2回	20 年 月 日		20 年 月 日		
		3回	20 年 月 日		20 年 月 日		
		追加	20 年 月 日		20 年 月 日		
	小児用肺炎球菌	1回	20 年 月 日	ロタウィルス	1価	20 年 月 日	
		2回	20 年 月 日			20 年 月 日	
		3回	20 年 月 日		5価	20 年 月 日	
		追加	20 年 月 日			20 年 月 日	
	ジフテリア 百日せき 破傷風 ポリオ	1回	20 年 月 日	おたふくかぜ	20 年 月 日		
		2回	20 年 月 日		20 年 月 日		
		3回	20 年 月 日		20 年 月 日		
		1期追加	20 年 月 日		20 年 月 日		
	BCG	20 年 月 日		インフルエンザ	20 年 月 日		
	麻しん 風しん	1期	20 年 月 日		20 年 月 日		
		2期	20 年 月 日		20 年 月 日		
	水痘	1回	20 年 月 日		20 年 月 日		
2回		20 年 月 日	20 年 月 日				
日本脳炎	1回	20 年 月 日	新型コロナワクチン		20 年 月 日		
	2回	20 年 月 日		20 年 月 日			
	1期追加	20 年 月 日		20 年 月 日			
ジフテリア・破傷風	2期	20 年 月 日		20 年 月 日			
日本脳炎	2期	20 年 月 日		20 年 月 日			
平熱	( 度 分)						
鼻出血しやすい	はい いいえ						
脱臼しやすい	はい いいえ どの関節ですか ( )						
けいれんを起こしたことがある	はい (20 年 月 日 ( 歳 ヶ月)) いいえ						