

健康チェックリスト【詳細版】

氏名 年齢 歳 (男・女)	生年月日 (西暦) 年 月 日生		
土と水と緑の学校参加回数 初参加 ・ 2日目 ・ 3回目 ・ 4回目 (以前に参加した土と水と緑の学校 第34回 ・ 第35回 ・ 第36回)			
学年 小学校 ・ 中学校 年生 血液型 A ・ B ・ O ・ AB ・ 不明 平常体温 °C 体重 kg 便秘 日に 回	初潮 済 ・ 未 月経 日に 回 前回の月経日 月 日スタート 月経痛 ある ・ なし 月経痛時の対処法 ()		
アレルギーの有無について、より詳細に教えてください。 1. 食物 ある ・ なし 具体的に () 対処法 () 2. 薬品 ある ・ なし 具体的に () 対処法 () 3. アトピー ある ・ なし 具体的に () 4. 喘息 ある ・ なし 具体的に () 5. その他 ある ・ なし 具体的に () 対処法 ()			
感染症について	かかったことの有無	予防接種	
麻しん (はしか)	無 ・ 有	未 ・ 済	
新型コロナウイルス感染症	無 ・ 有 (R 年 月)	未 ・ 済 (最終接種 年 月)	
近所で流行している病気の有無 ある () ・ なし			
該当するものに○を付けてください。(A:よくある B:たまにある C:ほとんどない)			
発熱 A・B・C	備考	扁桃炎 A・B・C	備考
便秘 A・B・C	備考	夜尿症 A・B・C	備考
下痢 A・B・C	備考	乗り物酔い A・B・C	備考
鼻血 A・B・C	備考		
身体面・精神面・行動面で特記することがあれば記入してください。 () 疾患時の家庭での対応方法・時に注意すべき点など必ずご記入ください (発熱時、便秘時など) ()			
健康保険証	種類	被保険者名	
	記号	番号	

※上記について、お電話で問い合わせさせていただくことがございますが、ご了承ください。

※保険証のコピーを裏面に貼付してください。

保険証のコピーを貼付してください