児童クラブ名	
児　童　名	

健　康　状　況　調　査　票

該当箇所を〇で囲み、必要事項を記入してください。

児童の健康状況	発達や慢性的な病気のことで、相談している病院や施設がありますか。 1　ない。 2　ある。 病院・施設名（　　） 病名等（　　） 服薬　　ア　ある。（1日　　回） 　　イ　ない。
	アトピー、アレルギー等がありますか。 1　ない。 2　ある。 症状等（　　）
	身体障害者(児)手帳又は療育手帳等をお持ちですか。 1　持っていない。 2　持っている。 手帳名称（　　） 等　級　等（　　）
	平熱（　　）℃
	その他（保育する際に支援員等が知っておくべき事項ありましたら、記入してください。）