

# 健康確認票 ① (General Health Form)

受付番号 <small>Receipt Number</small>	
---------------------------------------	--

記入日: 2016年 月 日  
Date you fill out

児童氏名 <small>Child's Name</small>		生年月日 <small>Birthday</small>	年 月 日	性別 <small>(Gender)</small>	男・女 <small>M・F</small>
保護者氏名 <small>Guardian's Name</small>	②	年齢 <small>Age</small>	入園時: 歳 ヶ月 <small>Age when starting in</small>	( いずれかを○で囲む )	

	続柄 <small>(relationship)</small>	名前 <small>(Name)</small>	生年月日 (Birthday)	勤務先 <small>(Place of work)</small>	
家族構成 <small>Family structure</small>	①	(フリガナ)	年 月 日	<small>(会社名) Company Name</small>	
		(氏名)		<small>(連絡先) Contact Number</small>	
	②	(フリガナ)	年 月 日	<small>(会社名) Company Name</small>	
		(氏名)		<small>(連絡先) Contact Number</small>	
	③	(フリガナ)	年 月 日	<small>(会社名) Company Name</small>	
		(氏名)		<small>(連絡先) Contact Number</small>	
④	(フリガナ)	年 月 日	<small>(会社名) Company Name</small>		
	(氏名)		<small>(連絡先) Contact Number</small>		
⑤	(フリガナ)	年 月 日	<small>(会社名) Company Name</small>		
	(氏名)		<small>(連絡先) Contact Number</small>		
⑥	(フリガナ)	年 月 日	<small>(会社名) Company Name</small>		
	(氏名)		<small>(連絡先) Contact Number</small>		

## 健康確認票 ② (General Health Form)

受付番号 <small>Receipt Number</small>	
---------------------------------------	--

記入日: 2016年 月 日  
Date you fill out

大きな病気 (Major illness)	なし	発症年齢 Age of onset	才 月		現況 Statement	治療済 通院中	
	あり(病名: )	医療機関名 Medical Institution			内服薬 Internal Medicine	有・無	
ひきつけ (Convulsions)	なし あり(月: 回/週: 回) 家族・兄弟で なし・あり	ありの場合... (詳細をご記入ください)					
アレルギー (Allergies)	なし	症状 Condition			内服薬 Internal Medicine	有・無	
	あり( *ある場合、検査結果等を提出ください。)	除去食 Dietary restrictions	要・不要 (要の場合は対応しますが、対応できない場合は、代替食をお持ちいただくことになります。)				
健康診断 (Toddler Health Exam)	3~4ヶ月児検診	6~7ヶ月児検診	9~10ヶ月児検診	1歳6ヶ月児検診	3歳児検診	(いずれかを○で囲む)	
	受診 未受診	受診 未受診	受診 未受診	受診 未受診	受診 未受診		
ミルク (Milk)	* 普段お飲みのミルクメーカーをご記入ください		体温(平熱) (Normal temperature)	* 平熱と合わせて、何度になったら連絡してほしいかも記入ください。 この温度はあくまで参考に利用させていただき、この温度になっていなくても状況に応じて、 連絡させていただきます。 (平熱) °C  (緊急連絡) °C			
予防接種 有無	口タワクチン	ヒブ	小児用肺炎球菌	四種混合 (DPT・IPV)	BCG	MR (麻疹・風疹混合)	おたふくかぜ
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	水疱瘡(水疱)	日本脳炎	インフルエンザ	ポリオ	B型肝炎	A型肝炎	
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
* その他、お子様の成長・養育・教育上 心配・不安なことがあればご記入ください。							