

# 健康調査書

記入日 年 月 日

ふりがな  
名前 男 ・ 女 生年月日 年 月 日 血液型 型

1. 平熱は何度くらいですか？ 約 度
2. 普段の食欲はどれくらいですか。(いずれかに○をしてください)
- 旺盛 普通程度 小食 好き嫌いが激しい  
食べられないもの ( )

顔写真を  
貼ってください

3. この1年間に病気・骨折等大きいケガをしましたか。  
ある場合には病名・ケガの箇所、治療状況をお書きください。

4. これまでに次のような伝染病にかかったことや、予防接種をうけたことはありますか。  
またそれはいつ頃ですか。
- ・麻疹〈はしか〉( 歳)・風疹( 歳)・百日咳( 歳)・りんご病( 歳)  
・水痘〈水ぼうそう〉( 歳)・流行性耳下腺炎〈おたふくかぜ〉( 歳)  
・その他の伝染疾患( )

5. アレルギーはありますか。( ある ・ ない )  
ある場合はその原因と症状、対処法をお書きください。

6. 腹痛その他起こしやすい症状はありますか。( ある ・ ない )

7. その他、健康面や生活面に関して何かご心配なことや希望すること、スタッフに留意してもらいたいことなどございましたら、お書きください。