



健康に関する予備調査票

倉敷市立倉敷支援学校

ふりがな 生徒氏名	男 女	生年月日	平成 年 月 日
		血液型	() 型 RH (+ -)
		身長	cm

○ 障がいについて

診断結果(医療機関名) , 障がいの状況(検査機関名)など					
《例》 広汎性発達障害(平成〇年〇月 〇〇〇〇病院) 自閉症の疑い(〇〇児童相談所)					
(視覚障害 聴覚障害 肢体不自由 病弱) 該当すれば <input type="checkbox"/> 印を					
療育手帳	交付年月日	年 月 日	程度	A B	申請中 申請希望 未申請
精神障害者 保健福祉手帳	交付年月日	年 月 日	等級	1 2 3	申請中 申請希望 未申請
身体障害者 手帳	交付年月日	年 月 日	等級	第 種	級

○ 病歴 (今までにかかった主な病気) について

かかったことがなければ年齢の欄に斜線を

病 名	年 齢	病 名	年 齢
麻疹 (はしか)		糖尿病	
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		川崎病	
風疹		けいれん(ひきつけ)	
水痘 (水ぼうそう)		虫垂炎	
心臓病		事故・外傷等	
腎臓病		その他 ()	
肝臓病			

手術 (有・無)	病名	有 に○がある場合は 具体的に記入してください
てんかん発作 (有・無)	服薬 (有・無)	
ぜんそく発作 (有・無)	服薬 (有・無)	
食物アレルギー (有・無)	原因となるもの	
その他のアレルギー (有・無)	原因となるもの	

この用紙を書かれた保護者名を記入

記入者氏名 ()