



IROHA Kindergarten

健康調査票

(フリガナ) 氏名						
		(ローマ字)				
		名字 Family name	名前 First name	ミドルネーム Middle name	漢字	
生年月日		西暦		年	月 日生	
発 達	出生地			出産	正常・その他() 早産 ヶ月	
	出産時の体重	グラム		平熱		
	哺乳	母乳・混合・ミルク		離乳の時期		
	発達状況	歩き始め(ヶ月)		人見知り	激しい・少しある・全くない	
ひきつけ、熱性痙攣、大きな怪我、その他		(才 ヶ月ごろ)				
		中耳炎をしたことがありますか		有(才ごろ)・無い		
既往症がある場合は、ご記入ください。						
1) 入院したことがある いいえ・はい()						
2) 現在治療中の病気がある いいえ・はい()						
3) 現在服用中の薬がある いいえ・はい()						
その他						
今までにかかった病気には番号に○をつけてください。						
1. 麻疹(はしか)		2. 風疹(ふうしん)		3. 水痘(みずぼうそう)		
4. ジフテリア		5. 百日咳		6. 結核正疾患		
7. 心疾患		8. 腎疾患		9. ぜんそく		
10. アレルギー:						
11. その他:						
健 康	睡眠	寝る時間	時頃	一人で寝る・母と寝る・よく寝る・寝ぼける・寝つきが悪い		
		起きる時間	時頃	機嫌が良い・寝起きが悪い		
	排泄	大便	午前	午後	その他()	
		小便	近い(時間おき)・普通・遅い			
		用便が一人でできますか できる・できない				
	トイレトレーニング		始めている(才 ヶ月)・まだ始めていない			
	おむつがとれた時期		昼	才 ヶ月	夜	才 ヶ月
	病気	かかりやすい病気がありますか				
これまでにかかった大きな病気があれば、病名とその時期をご記入ください ()						
薬アレルギーがありますか 無・有(薬名:)						
健康状態について、特に留意してほしい点がありますか。「はい・いいえ」どちらかに○をつけてください。 (はい・いいえ) 「はい」の場合は、具体的にご説明ください。(例: ぜんそく、アレルギーなど)						

かかりつけの病院			
医師の名前		連絡先	
病院名		その他	

Emergency Consent

I **authorize / do not authorize*** the Centre to bring my child to nearby clinic in case of an emergency.

I shall meet all the expenses incurred in such a situation.

Parent's signature: _____

Date: _____

*kindly indicate as necessary

#1 Emergency Contact Person and Number			
NAME		TEL	
#2 Emergency Contact Person and Number			
NAME		TEL	