

ウィルキッズフィールド個人調査票

記入日	20 年 月 日			お子様の写真
フリガナ		血液型	型	
お名前		平熱	°C	
性別	男 ・ 女	身長	cm	
生年月日	年 月 日 (歳)	体重	kg	
学校	小学校	学年	2025年(令和7年) 4月1日の学年	年生
日常的な起床時間	時 分ごろ	日常的な就寝時間	時 分ごろ	

※お子様の健康状態についてご協力をお願いします(食物アレルギーについては裏面です)

【病気等について】

既往症、持病又は慢性的な疾患はありますか？	(ある ・ なし)
詳細	
日常的に服用している薬はありますか？	(ある ・ なし)
お薬の種類	
投薬理由と処方方法	

お子様の体質についてお聞かせください(当てはまるものに○をしてください。)

<ul style="list-style-type: none"> ・気管支喘息 ・アトピー性皮膚炎 ・花粉症(スギ、ヒノキ、その他) ・じんましんが出やすい ・湿疹が出やすい ・アナフィラキシーショック症状を起こしたことがある ・その他() 	<ul style="list-style-type: none"> ・風邪を引きやすい ・便秘しやすい ・下痢しやすい ・よく熱を出す ・口内炎になりやすい ・吐きやすい (回 歳の頃) 		
乗り物酔い	(ある ・ なし)	食べる量	(多い ・ 普通 ・ 少ない)
かかりつけの病院がありましたら教えてください。			
病院名		担当医	

【今までにかかった主な病気】

・麻疹(はしか)	・水疱瘡(みずぼうそう)	・おたふくかぜ	・風疹(三日はしか)
----------	--------------	---------	------------

【済んでいる予防接種】

・麻疹(はしか)	・水疱瘡(みずぼうそう)	・おたふくかぜ	・風疹(三日はしか)
----------	--------------	---------	------------

食物アレルギー確認書

日々のおやつ提供を実施するにあたり、除去対応の要否についてご回答いただきますようご協力のほどお願いいたします。下記項目についてご回答いただき、除去対応が不要な場合も必ずご記入ください。

食物についての除去対応は、

不要です。(不要の場合はアレルギー調査票の記入は不要です)

必要です。(必要な場合は、下記ご回答ください。)

アレルギーのため

※「医師の指示書(コピー可)」もしくは「学校に提出しているアレルギー除去に関する書類(コピー可)」と、別紙「アレルギー調査票」の提出をお願いします。

疾病治療のため

※「医師の指示書(コピー可)」もしくは「学校に提出しているアレルギー除去に関する書類(コピー可)」と、別紙「アレルギー調査票」の提出をお願いします。

宗教上の理由

除去対応が必要な場合は、別紙「アレルギー調査票」をご記入いただき、施設までご提出いただきますようお願いいたします。ご提出いただけない場合は、安全上の理由から食材の提供ができかねます。除去内容によっては、面談やおやつを持ち込みを依頼させていただきますのであらかじめご了承ください。

また、上記内容に変更があった場合は、必ず施設にご連絡いただきますようお願いいたします。

20 年 月 日

記入者(保護者)