

学校名

自 然 教 室 健 康 調 査 結 果

NO.〔 〕

出席 番号	年 組	主な既往歴	現病歴※1 (含：障がい名)	食物アレルギー(アレルゲンを明記)		持参する薬品名 (現在服用中の薬品名)		特記事項※2
	氏 名			・ エピペンの有無 ・ 代替食の申込	食物以外のアレルギー			
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								

※1 医療的ケアが必要な場合、その内容と医師の指示書のコピーを1部、自然の家看護師へご提出下さい。車椅子が必要、羽毛布団が禁止の場合もご明記下さい。

※2 日常生活において注意を要する場合は、その内容と「学校独自での健康チェック」の結果をご記入下さい。

★自然教室健康調査結果は2部作成し、入所式後の係別打合せ（保健係）にて看護師へご提出下さい。

★クラスの人数に合わせて行を増やしてご使用下さい。