

健康管理チェック表

《病院・お医者様への参考資料として使用します》

クラス _____ 氏名 _____

① 平熱 _____ 度

② 体重（4月現在） _____ kg

③ 食物のアレルギー 有 無

④ 薬のアレルギー 有 無

有の場合、薬の名称： _____

⑤ X線（CT、レントゲン）の可否 可 否

⑥ 今までにかかった大きな病気 有 無

有の場合は病名および年齢： _____

⑦ 湿布、冷却シート、バンドエイド、絆創膏等に
皮膚かぶれやアレルギー 有 無

⑧ その他、連絡事項がありましたらご記入ください。

【記録】