

補 足 調 書

学校名・学年	小学校 年	児 童 氏 名	
かかりつけ医	(電話 -)		
平 熱	℃		
感 染 症 歴	☐ おたふく風邪 ☐ 水ぼうそう ☐ はしか ☐ 風疹 ☐ その他 ()		
食物アレルギー	☐ 無 ☐ 有 (該当食物 : エピペンの処方 : ☐ 無 ☐ 有)		
服 用 中 の 薬	☐ 無 ☐ 有 (薬の種類 :)		
お子さんについて 知らせておくこと			
利用を希望 する理由			