

お子さまの疾患に関する調査票

該当する項目の□の中に「レ」を記入してください。
次の該当する疾患名にチェックをお願いします。

- 気管支ぜん息
- アトピー性皮膚炎
- アレルギー性結膜炎
- アレルギー性鼻炎
- 食物アレルギー・アナフィラキシー
(アレルゲン：_____)
- 動物アレルギー
- 腎臓疾患 (疾患名：_____)
- 心臓疾患 (疾患名：_____)
- その他 (疾患名：_____)
- 該当する疾患はありません

学校での特別な管理・配慮等を希望しますか。

希望する

希望しない

※ 学校での特別な管理・配慮等を「希望する」にチェックをして提出した方には、後日学校から連絡いたします。

中央区立佃中学校長あて

記 入 日 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生 徒 氏 名 _____

保 護 者 氏 名 _____