

**<健康カード>** 提出日（平成 年 月 日）

氏名		生年月日	H 年 月 日	性別	男・女
お子さんの家庭での様子	①今日の体調はよいですか <u>はい</u> <u>いいえ(具体的に_____)</u>				
	②平熱は何度ですか _____℃位				
	③昨夜の睡眠時間はどの位ですか _____時 分～ _____時 分				
	④便通はどうですか <u>有(____回)</u> <u>無</u> 最終便 月 日 時頃 性状 (普通 硬い やわらかい)				
	⑤食欲はありますか <u>有</u> <u>無</u>				
	⑥アレルギーはありますか <u>有(_____)</u> <u>無</u>				
	⑦現在医療機関にかかっていますか <u>有(_____)</u> <u>無</u>				
	⑧何か薬を飲んでいますか <u>有(_____)</u> <u>無</u> ・薬は【食後・食前・食間・(____時)】に飲ませてください ・薬を与える際の注意事項 <u>有(_____)</u> <u>無</u> ※必要な薬は園へお持ちください				
	⑨薬を飲んでアレルギー症状をおこしたことがありますか <u>有(_____)</u> <u>無</u>				
	⑩血液型は何ですか _____型 _____不明				
連 緊 絡 急 先 時 の 先	連絡場所①				
	連絡先氏名		TEL	—	—
	連絡場所②				
	連絡先氏名		TEL	—	—
	連絡場所③				
	連絡先氏名		TEL	—	—
か か り つ け 医	科 名	医 療 機 関 名		電話番号	
	内科（小科）	<u>有(_____)</u>	<u>無</u>	TEL	— —
	外 科	<u>有(_____)</u>	<u>無</u>	TEL	— —
	整 形 外 科	<u>有(_____)</u>	<u>無</u>	TEL	— —
健 康 保 険 証	被保険者氏名	記号番号	保険者番号	保険者名	

(保護者の皆様へ)

- ・病気など緊急を要する事項が発生した場合は、保護者に連絡させていただきます。
- ・やむを得ず保護者と連絡が取れない場合は、かかりつけ医に相談させていただきます。

※下記にご記入ください。

・薬を飲ませることをファミリーヘルプ保育園職員にお願いします。(⑧の有の方)

・保護者及びかかりつけ医不在の場合は、医療機関への受診をファミリーヘルプ保育園に一任します。

保護者署名 ( \_\_\_\_\_ )