

**記入例**

<健康カード>

提出日 (平成〇〇年〇月〇〇日)

氏名	上越 太郎		生年月日	H〇〇年〇月〇〇日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(具体的に_____)				
	②平熱は何度ですか	36.6 °C位				
	③昨夜の睡眠時間はどの位ですか	午後8時00分～午前6時30分				
	④便通はどうですか	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (2回) <input type="checkbox"/> 無 最終便〇月〇日〇時頃 性状 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> やわらかい				
	⑤食欲はありますか	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
	⑥アレルギーはありますか	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (たまご、牛乳)	<input type="checkbox"/> 無			
	⑦現在医療機関にかかっていますか	<input type="checkbox"/> 有 (_____)	<input checked="" type="checkbox"/> 無			
	⑧何か薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> 有 (_____)	<input checked="" type="checkbox"/> 無			
	・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	<input type="checkbox"/> 有 (_____ ) <input type="checkbox"/> 無				
※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	<input type="checkbox"/> 有 (_____)	<input checked="" type="checkbox"/> 無				
⑩血液型は何ですか	A型		不明			
連絡先	連絡場所①	有限会社〇〇〇〇				
	連絡先氏名	上越 花子 (母携帯)	TEL080-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
	連絡場所②	株式会社〇〇〇〇				
	連絡先氏名	上越 一郎 (父携帯)	TEL090-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
	連絡場所③	有限会社〇〇〇〇				
	連絡先氏名	有限会社〇〇〇〇 (母勤務先)	TEL025-〇〇〇-〇〇〇〇			
かかりつけ医	科名	医療機関名			電話番号	
	内科 (小科)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (〇〇〇クリニック)	<input type="checkbox"/> 無	TEL025-〇〇〇-〇〇〇〇		
	外科	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (〇〇医院)	<input type="checkbox"/> 無	TEL025-〇〇〇-〇〇〇〇		
	整形外科	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (〇〇〇〇医院)	<input type="checkbox"/> 無	TEL025-〇〇〇-〇〇〇〇		
健康保険証	被保険者氏名	記号番号	保険者番号	保険者名		
	上越 一郎	〇〇〇 〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	全国健康保険 等		

(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 ( 上越 一郎 )