＜健康カード＞　提出日（　　年　　月　　日）

氏　名		生年月日	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　はい　いいえ(具体的に　　)
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　有（　回）　無　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　有　無
⑥アレルギーはありますか　有（　　）　無
⑦現在医療機関にかかっていますか　有（　　）　無
⑧何か薬を飲んでいますか　有（　　）　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　有（　　）　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　有（　）　無
⑩血液型は何ですか　　型　不明

緊急時の連絡先

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）	有（　　）無	TEL　－　－
外科	有（　　）無	TEL　－　－
整形外科	有（　　）無	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（　　）