

**記入例**

＜健康カード＞

提出日（令和〇〇年 〇月 〇〇日）

氏名	上越 太郎	生年月日	平成〇〇年〇月〇〇日	性別	男・女
お子さんの家庭での様子	② 今日の体調はよいですか		はい <input checked="" 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		有 ( 2 回 ) 無 最終便〇月〇日〇時頃 性状 ( 普通 ) 硬い やわらかい		
	⑤ 食欲はありますか		有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>		
	⑥ アレルギーはありますか		有 ( たまご、牛乳 ) 無 <input type="checkbox"/>		
	⑦ 現在医療機関にかかっていますか		有 ( _____ ) 無 <input type="checkbox"/>		
	⑧ 何か薬を飲んでいますか		有 ( _____ ) 無 <input type="checkbox"/> ・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 <input type="checkbox"/> ※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 <input type="checkbox"/>		
	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)		TEL 080-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	連絡場所②		株式会社〇〇〇〇		
	連絡先氏名		上越一郎		TEL 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	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)		TEL 025-〇〇〇〇-〇〇〇〇
かかりつけ医	科名	医療機関名		電話番号	
	内科 (小科)	有 (〇〇クリニック) 無 <input type="checkbox"/>		TEL 025-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	外科	有 (〇〇医院) 無 <input type="checkbox"/>		TEL 025-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	整形外科	有 (〇〇〇〇医院) 無 <input type="checkbox"/>		TEL 025-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
健康保険証	被保険者氏名	記号番号	保険者番号	保険者名	

(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 )