＜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	(続柄:　)	TEL　－　－
	連絡場所②		
	連絡先氏名	(続柄:　)	TEL　－　－
	連絡場所③		
	連絡先氏名	(続柄:　)	TEL　－　－

かかりつけ医			
	内科		TEL　－　－
	外科		TEL　－　－
	整形外科		TEL　－　－

＜投薬連絡票＞

主治医		TEL　－　－
病名（症状）		

くすり		
	処方	年　月　日に処方された　日分のうち本日分
	剤型	・紛包　・液　・目薬　・塗り薬　・その他（　）
	内容	・抗生物質　・痰切り　・咳止め　・鼻水止め　・整腸剤　・下痢止め ・風邪薬　・その他（　）
	使用時間	・食前　・食後　・食間　・その他（　）
	使用法	目薬【・右目　・左目　・両目】　塗り薬【部位：　】 その他（　）
	注意事項	

ファミリーヘルプ記載事項	月　日　午前・午後　時　分　投薬者：