

記入例

<健康カード>

提出日 (年 月 日)

氏名	上越 太郎	生年月日	○年○月○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○月○日○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	<input checked="" type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> 不明			
連絡緊急時の先	連絡場所①	有限会社○○○○ (母携帯)			
	連絡先氏名	上越 花子 (続柄: 母)		Tel.090-○○○-○○○○	
	連絡場所②	株式会社○○○○ (父携帯)			
	連絡先氏名	上越 一郎 (続柄: 父)		Tel.080-○○○-○○○○	
	連絡場所③	上越市木田1-2-3 (祖父母自宅)			
	連絡先氏名	上越 正造 (続柄: 祖父)		Tel.025-○○○-○○○○	
かかりつけ医	内科	○○○クリニック		Tel.025-○○○-○○○○	
	外科	○○○医院		Tel.025-○○○-○○○○	
	整形外科	○○○○医院		Tel.025-○○○-○○○○	

<投薬連絡票>

主治医	○○○クリニック	Tel.025-○○○-○○○○
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	・ <input checked="" type="checkbox"/> 粉包 ・液 ・目薬 ・塗り薬 ・その他 ()
	内容	・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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:	