

〈健康カード〉

提出日（令和 年 月 日）

ふりがな 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今日の体温は何度ですか		平熱 _____ 度 _____ 分 今日 _____ 度 _____ 分			
	③昨夜の睡眠時間はどの位ですか		_____ 時 _____ 分 ～ _____ 時 _____ 分			
	④今日の便通はどうですか		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			
	※緊急やむを得ない理由で保護者が投与できない時のみ、保護者に代わって与えます。 別紙「くすりについて」を確認後、「投薬連絡票」にご記入ください					
	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 先 住 所 （ 職 場 名 等 ）	① _____				
		② _____				
		③ _____				
	連 絡 先 氏 名	① _____	TEL	—	—	
		② _____	TEL	—	—	
		③ _____	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 — —			

（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こどもセンター一時預かり室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こどもセンター一時預かり室職員に一任します。

保護者署名 （ ）