

<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			
⑪お子様を安全にお預かりするため、配慮が必要なことがあれば教えてください		()			
連 緊 絡 時 先 の	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:				