

〈健康カード〉

提出日
令和 年 月 日

ふりがな こども氏名		生年月日	H・R 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		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「薬について」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 （小児科）	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時預かり室職員に一任します。

保護者署名 （ _____ ）