

フリガナ 児童名	(男・女)	家での呼び名
生年月日	20 年 月 日	(才 ヲ月)

健康について	平熱	℃	かかりつけ医	病院	先生
	今まで かかった病気	/			治療中・完治
		/			治療中・完治
		/			治療中・完治
		/			治療中・完治
		/			治療中・完治
	使用中の薬	無・有			
	けいれん ひきつけ	無・有	熱性・無熱性・てんかん・その他()		
予防接種歴	今までに	回・最後は	年 月	予防薬	無・有
特別な配慮 障害について	無・有	診断名()			
	通い先への情報依頼	可・不可	関係機関()		

アレルギー・未食	アレルギー	無・有 (食物・その他)	内服	無・有	エピペン	無・有
	アレルギー対象	症状	対応	検査結果	現状・注意点	
	例)卵白	顔から始まって全身湿疹	ザジデン内服	血液検査+	完全除去(つなぎもマヨネーズも×)	
	未食 (まだ食べたことがない物)	無 / 有 (そば・卵・青魚・甲殻類・ごま・ナッツ類)	その他()			

生活について	生活リズム (起床・就寝・お昼寝・食事 朝・昼・夕・おやつなどについて記入してください)	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	
	通い先	()保育園・幼稚園・小学校・その他()										
	食事	自立・一部介助・全介助 / スプーン・フォーク・はし	好きなおやつ()									
	食事量	多い・普通・少ない										
	排泄	自立・オムツ・トイレトレーニング中	排便	回/日(時頃)								
	手洗い	自分で洗う・ふいてもらう	うがい	くちをゆすぐ・できない								
	睡眠	寝つき	良い・悪い	寝入り	(どのように)						昼寝	分くらい
	くせ等											
	好きな遊び											
	入浴(宿泊の場合)											
	その他、気をつけてもらいたいこと等											
	緊急連絡先	①氏名: ()	②氏名: ()	③氏名: ()								
	TEL: ()	TEL: ()	TEL: ()									

※救急搬送の場合は、救急隊の指示に従う為、搬送病院についてご希望に添えないこともありますのでご了承ください。

児童表記載内容に相違ありません。また、内容等に変更がある場合はその都度報告致します。

年 月 日 保護者サイン :

