

フリガナ			男・女	家での呼び名	
児童名					
生年月日	20	年	月	日	(歳 か月) 身長 cm/体重 kg

健康について	平熱	°C	かかりつけ医	病院	先生	
	今までかかった病気	年 月	経過観察中・完治			
		年 月	経過観察中・完治			
	現在治療中の病気(服薬内容)	年 月				
		薬品名				
		年 月				
	けいれんひきつけ	無・有	熱性・無熱性・てんかん・その他()			
		今までに 回・最後は 年 月			予防薬	無・有()
特別な配慮について	無・有	診断名()		内服薬	無・有()	
	通い先()		通い先への情報依頼		可・不可	
予防接種歴	ヒブ・肺炎球菌・B型肝炎・ポリオ・四種混合(I期初回・追加)・三種混合(I期初回・追加)・BCG・ロタMR(麻しん風しん)・水痘・日本脳炎(I期初回・追加)・おたふくかぜ・その他()					

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
	原因	症状	緊急薬・対応	検査	結果	治療状況
	例)卵白	嘔吐, 蕁麻疹, 下痢	エピペン, アレジオン	負荷テスト	卵白1g可	完全除去/一部除去
	未食(まだ食べたことがない物)	無 / 有	鶏卵・乳・小麦・ソバ・ピーナッツ・クルミ・エビ・カニ 大豆・ゴマ・アーモンド・カシューナッツ・イカ・タコ・ホタテ アサリ・イクラ・タラコ・サバ・サケ・鶏肉・牛肉・豚肉 やまいも・キウイ・バナナ・もも・りんご・オレンジ・ゼラチン 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・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)		
	睡眠	寝つき	良い・悪い	寝入り	(どのように)			昼寝	分/くらい		
	好きな遊び										
	入浴(宿泊の場合)	自立・介助()									
	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 :