

健康状況表

ふりがな 氏名		男・女	平成	年	月	日生
住所	さいたま市見沼区 自宅電話番号 ()					

緊急連絡先(連絡が取れる順に記入)

1	ふりがな 氏名	続柄 ()	連絡がつく電話番号(携帯等) ()
	勤務先		電話番号 ()
2	ふりがな 氏名	続柄 ()	連絡がつく電話番号(携帯等) ()
	勤務先		電話番号 ()
3	ふりがな 氏名	続柄 ()	連絡がつく電話番号(携帯等) ()
	勤務先		電話番号 ()

かかりつけ医

平熱 度 分

小児科	電話番号 ()	*緊急時に希望する病院 電話番号 ()
整形外科	電話番号 ()	
外科	電話番号 ()	薬や食べ物のアレルギーの有無 有・無 ある場合は具体的に記入(対処法なども)
眼科	電話番号 ()	普段飲んでいる薬 有・無 ある場合は薬の名前と何の薬か記入
皮膚科	電話番号 ()	
耳鼻咽喉科	電話番号 ()	
歯科	電話番号 ()	
その他	電話番号 ()	

過去の大きな怪我・病気

時期 (H 年・又は年齢)	傷病名	治療・ 経過観察中	経過観察中の場合、状況について 詳しく記入してください。

*学童で過ごしている時、すぐに受診しなければならない怪我をした場合等に、この用紙を支援員が持って病院へ行きます。

*内容に変更が生じたときは、速やかに支援員に申し出て訂正して下さい。

*緊急時は、救急隊や医師にこの内容を伝えることがあります。受診以外の目的でこの内容を用いることは致しません。