

健康状況表

NPO法人 大砂土東小学童保育の会

		平熱	度	分
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

小児科	電話番号 ()	*緊急時に希望する病院
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 (年月・又は年齢)	傷病名	治癒・ 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。