

【 園 児 カ ル テ 】

認定こども園シオン

クラス名		組	園児氏名		生年月日（平成・令和） 年 月 日
血液型		身長		cm	体重 kg
自宅住所	〒 TEL				
保護者の方 のお名前等	*父 親				
	氏 名		勤務先		
	電話番号		携 帯		
	*母 親				
	氏 名		勤務先		
	電話番号		携 帯		
	*その他、緊急時に連絡のつく方の氏名				
	氏 名		勤務先		
	電話番号		携 帯		
	保険証番号記号		保険証の持主	父親 ・ 母親	
1	平熱は何度ですか？				() °C
2	薬によるアレルギーはありますか？				ある (いつ) ・ ない
3	食べ物アレルギーはありますか？				ある () ・ ない
4	注射による過敏反応はありますか？				ある (いつ) ・ ない
5	ひきつけや痙攣を起こしますか？				ある (いつ) ・ ない
6	風邪をひきやすいですか？				はい ・ いいえ
7	皮膚は弱い方ですか？				はい ・ いいえ
8	中耳炎になりやすいですか？				はい ・ いいえ
9	喘息ですか？				はい ・ いいえ
10	排便状況は如何ですか？				普通 ・ 便秘がち ・ 下痢しやすい
11	既往症（今までかかった病気）はありますか？				ある (いつ頃) ・ ない
12	持病をおもちですか？				心臓 ・ 腎臓 ・ 肝臓 ・ ヘルニア ・ その他 ()
13	今までに入院された経験がありますか？				いつ () 期間 () 病名 () 病院名 ()
14	かかりつけの病院（医院）名をお書きください。				内科・小児科 () 外科 () 歯科 () 耳鼻科 () 眼科 () 皮膚科 () その他 ()
※お子さんの健康管理上、特に希望されることがございましたらご自由にお書き下さい。					

*ご記入年月日（令和 年 月 日）