

【 健 康 カ ー ド 】

なまえ	愛称	生年月日	年 月 日 (歳)
保護者名		保護者携帯	
緊急連絡先名		緊急連絡先 電話番号	

健 康 に つ い て	<ul style="list-style-type: none"> * お子さまの健康様態 (良好 ・ 普通 ・ やや弱い) * 平 熱 (度) * 現在定期的な診察や投薬を受けていますか (いる ・ いない) 病名 () かかりつけ医院 (TEL) * 今までにかかった大きな病気 () * 今までに受けた予防接種 (受けたものに○をつけて下さい) 三種混合 ・ はしか ・ ポリオ ・ おたふくかぜ ・ BCG その他 () * 動物などのアレルギーはありますか (ある ・ ない ・ わからない) ある場合 アレルゲン () 症状 () * その他 (例:皮膚が弱い・お腹をこわしやすい等) () * ひきつけをおこしたことはありますか? (・ ない ・ ある 才 ヶ月頃 どんな時)
食 事 に つ い て	<ul style="list-style-type: none"> * 食物アレルギーはありますか (ある ・ ない ・ わからない) ・ある場合、食べてはいけないもの () 症状 () * 1人で食事はできますか (できる ・ できない ・ 介助が必要) * その他 ()

<p>睡眠について</p>	<p>*生活リズム (時頃 就寝 ~ 時頃 起床)</p> <p>*お昼寝 (する・しない) する場合 (時 頃 ~ 時 頃 時間位)</p> <p>*就寝時の習慣などありますか? 例・・・抱っこ・おんぶで寝ているなど</p> <p>()</p>
<p>排泄について</p>	<p>(あてはまるものに○をつけてください)</p> <p>*オムツを使用している (布 ・ 紙)</p> <p>*トイレトレーニングを (している ・ していない)</p> <p>・自分でできないが、知らせることがある (サインなど)</p> <p>・オマルを使っている</p> <p>・パンツ・ズボンの上げ下げなど手伝いが必要である</p> <p>*大・小便とも自分でできる</p> <p>*その他 ()</p>
<p>その他</p>	<p>知っておいてほしいことなどありましたらご記入下さい。</p> <p>(好きな遊びやおもちゃ。機嫌が悪いときの対処法など)</p> <div data-bbox="1193 1637 1469 1957" style="text-align: right;"> </div>