

見本

健康調査票

令和 6年 4月 1日 現在

フリガナ 園児名	フナバシ タロウ 船橋 太郎	ひよこ組 <input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日 平成 令和	2年 12月 12日	現在の体重 15 kg
住所 〒	273-8501 船橋市湊町2-10-25	自宅電話番号 047 (436) 2500			
本人の食物や薬 動物のアレルギー	無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 ※有の場合は、食物・薬剤名・動物名を記入 (卵・ネコ)				
家族の アレルギー	無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 (誰が: 父母 アレルゲン: 甲殻類(エビ・カニ) 花粉症)				
けいれん	無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 (2 回) 有熱性(39.5 °C) 初回発症日 R4 年 4月 15日 無熱性(°C) 最終発症日 R6 年 2月 15日				
常用している薬	無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有【病名】 喘息 【薬剤名】 ベネトリン				
既往歴 (喘息・肘内障・ アトピー性皮膚炎など)	喘息 ・ 肘内障				
緊急連絡先	第1連絡先 フリガナ 船橋 いちこ	フナバシ イチコ	続柄(母)	職場電話番号	□□□ (□□□) □□□□
	氏名	船橋 いちこ	続柄(母)	携帯電話	000 (0000) 0000
	第2連絡先 フリガナ 船橋 いちお	フナバシ イチオ	続柄(父)	職場電話番号	××× (×××) ××××
氏名	船橋 いちお	続柄(父)	携帯番号	000 (0000) 0000	
第3連絡先 フリガナ 船橋 いちろう	フナバシ イチロウ	続柄(祖父)	職場電話番号	()	
氏名	船橋 いちろう	続柄(祖父)	携帯番号	000 (0000) 0000	
かかりつけの病院がありましたら記入して下さい					
小児科及び 内科	病院名	〇〇小児科	歯科	病院名	〇〇歯科
	電話番号	〇〇〇-×××-□□□□		電話番号	〇〇〇-×××-□□□□
外科及び 整形外科	病院名		眼科	病院名	
	電話番号			電話番号	
登・降園の道順略図			耳鼻科	病院名	
※略図の書き方 自宅の目標となる建物を記入して下さい。駅、踏切、バス停、信号は必ず書いてください。いつも通る道を朱線でなぞって下さい。地図を印刷する場合は、裏面に添付してください。			健康保険証のコピーを貼って下さい		
			印刷した地図を裏面に貼り付ける場合も、地図に道順を 朱線 で書き入れてください。		
			※健康保険証が変更になりましたらお知らせ下さい。		
* 登園方法					
所要時間 徒歩 ()分 自転車 (10)分 自動車 ()分 その他 ()分					