

見本

こちらは見本となりますので、作成にあたって不明な点は各保育園に必ずご確認ください。

公立保育園用

健康調査票

平成 28 年 12 月 12 日 現在

フリガナ 児童名	ちゅうりっぷ組 フナバシ タロウ 船橋 太郎 (男)・女	生年月日 平成 24 年 12 月 12 日 生	現在の体重 15 kg
住所 〒	273-8501 千葉県船橋市湊町2-10-25	自宅電話番号 047 (436) 2500	
本人の薬や食物・動物のアレルギー	無・(有) ※ ある場合は薬品や食物・動物の品名を記入 牛乳・卵・大豆・小麦・ネコ		
家族のアレルギー	無・(有) 母:花粉症、父:甲殻類(エビ・カニなど)		
けいれん	無・(有) (2 回) 有熱性(39.5 度) 初回発症日 26 年 4 月 1 日 無熱性(度) 最終発症日 28 年 2 月 1 日		
常用している薬品	無・(有) 【病名】 喘息 【薬品名】 ベネトリン		
その他特記事項	(喘息)・(肘内障)・アトピー性皮膚炎 など 肘内障:左肘		
病気やけがの時の連絡先	①氏名	船橋 いちこ	続柄(母) 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 携帯番号 000-0000-0000
	②氏名	船橋 いちお	続柄(父) 電話番号 ××× (×××) ×××× 携帯番号 000-××××-××××
	③氏名	船橋 いちのすけ	続柄(祖父) 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 携帯番号

かかりつけの病院がありましたら記入して下さい		健康保険証のコピーを貼って下さい	
小児科及び内科	病院名 〇〇小児科 住所 〇〇市〇〇町〇〇-〇 電話番号 〇〇〇-×××-□□□□		
外科及び整形外科	病院名 住所 電話番号		
歯科	病院名 〇〇歯科 住所 〇〇市××町〇〇-〇 電話番号 ×××-〇〇〇-□□□□		
耳鼻科	病院名 住所 電話番号		
眼科	病院名 住所 電話番号		
特記事項			

※健康保険証が変更になりましたらお知らせ下さい。