|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健康カード | 児童名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 血液型 | Ａ型・Ｂ型・Ｏ型・ＡＢ型 | Ｒｈ | ＋　・　－ |
| 平　熱 | 　　　　　　　　　　　　度 |
| アレルギー体質 | 有・無 | 食べ物（　　　　　　　　　　　　　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| かかりつけの病院名 | 内 科 |  | 電話番号 |  |
| 外 科 |  | 電話番号 |  |
| 健康保険の種別 |  | 組合員又は世帯主 |  |
| 〈児童の状況調査〉※該当するものに✔を入れてください。□特別支援学級や通級指導教室に在籍・通級している（する予定である）（教室名：　　　　　　　　　　）□障がい者手帳、療育手帳を所持している（等級：　　　　　　　内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　）□上記のほか、保育にあたって配慮して欲しいことがある（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 〈特記事項〉 |