

# 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	
<p>〈児童の状況調査〉 ※該当するものに✓を入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 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 : )</p> <p><input type="checkbox"/> 障がい者手帳、療育手帳を所持している (等級 : 内容 : )</p> <p><input type="checkbox"/> 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 : )</p>			
〈特記事項〉			