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〉