企業主導型保育事業 一時預かり事業

健康状況報告書

※あてはまる□にチェックをしてください。

◆健康状況◆

□健康である

□病弱である
病名
〔　　〕

◆体質等◆

平熱
〔　　℃〕

□お腹が弱い

□皮膚が弱い

□脱臼しやすい

□その他

上記項目についての具体的症状
〔　　〕

◆慢性疾患での通院・経過観察◆

□あり　　□なし
疾患名〔　　〕

◆アレルギーの有無◆

□あり　　□なし
種類〔　　〕

◆熱性痙攣の有無◆

□あり　　□なし

既往歴
〔　　〕

◆生活◆　※3歳未満のお子様のみ食

事
□普通食
□離乳食

睡眠（午睡時間）
□午前
：　～　：
□午後
：　～　：

授乳
授乳時間目安

授乳量　　ml

◆その他◆
※伝えておきたいこと等

対象児童の健康状況は上記の通りです。

平成　　年　　月　　日

対象児童氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印＿＿＿＿