

園児の医療処置

園児名			生年月日	年 月 日 歳
血液型	A ・ B ・ O ・ AB	性別	男・女	平熱
保護者名(父)			勤務先	
保護者名(母)			勤務先	
住 所				
保険証番号				
かかりつけの医院	科	名称	住所	
			電話	
	科	名称	住所	
			電話	
	科	名称	住所	
			電話	
発 熱	37.5℃以上でお迎え			
ケ ガ	病院受診と判断された場合は、保護者が病院受診にいきます。			
ア ト ピー				
備考				
保護者サイン	氏名		印	

園児の医療処置

園児名	宝塚 花		生年月日	20〇〇年 〇月 〇日 〇歳	
血液型	A ・ B ・ O ・ AB	性別	男 ・ 女	平熱	
保護者名(父)		勤務先			
保護者名(母)		勤務先			
住所					
保険証番号					
かかりつけの医院	科	名称	住所		
			電話		
	科	名称	住所		
			電話		
	科	名称	住所		
			電話		
発熱	発熱は、37.5℃以上はお迎えに来ていただきます				
ケガ	病院受診と判断した場合は、保護者の方に迎えに来ていただき受診をお願いしております				
アトピー	あり。 食品名・薬品名・ハウスダスト等、具体的に記入してください				
備考	・体質的なこと・熱性けいれん、喘息発作等のある方				
保護者サイン	上記に同意いただける場合は、保護者の方のサインと印鑑をお願いいたします。				