

～健康カード～

ふりがな		性別	男	女
名 前		生年月日	平成 年	月 日
サークル名				
ふりがな				
保護者名				
住 所				
電 話	自 宅			
緊急時の連絡先	(日中連絡の取れるところ) 携帯電話番号： 携帯アドレス：			
血液型	A B AB O RH(+ -)	平熱	℃	
常用している薬				
アレルギー				
食事の量	多い	普通	少ない	
平均睡眠時間	時間位	寝つき	良い	悪い
排 便	毎日ありますか	はい	いいえ	
【特記事項】				