

病後児保育個人カード

登録番号

年 月 日記入

ふりがな 氏名	男 愛称 女	生年月日 令和 年 月 日(才 か月)
家族構成 自宅住所 〒 電話	写真 顔がはっきり分かるもの 1か月以内のもの (この上に貼ってください)	
在籍保育所名 普段の保育時間 : ~ :	電話 おもに迎えに行っている方 父・母・その他()	
緊急連絡先		
保護者就労先 父 住所 電話		
保護者就労先 母 住所 電話		
かかりつけ医院名 住所 電話		
周産期	出生体重 g 妊娠中の異常 なし・あり () 出産時の異常 なし・あり ()	
乳児期	首のすわり(か月) おすわり(か月) 1人歩き (か月) 授乳の種類(母乳・粉ミルク・混合) 離乳食開始時期(か月)	
食事	食欲傾向 多 ・ 普 ・ 少 好きなもの 嫌いなもの その他	
その他	くせや心配なこと、配慮してほしいこと等 発達センターに行ったことがありますか。	
母子手帳確認 未 済 登録日 年 月 日		

予 防 接 種	BCG 年 月	ロタ	1回目	年 月	HPV	年 月
	三種(四種)混合		2回目	年 月	水ぼうそう	年 月
	1回目 年 月		3回目	年 月	日本脳炎	1回目 年 月
	2回目 年 月	ヒブ	1回目	年 月		2回目 年 月
	3回目 年 月		2回目	年 月		3回目 年 月
	追加 年 月		3回目	年 月		4回目 年 月
	MR		4回目	年 月	B型肝炎	1回目 年 月
	1回目 年 月	小児肺炎	1回目	年 月		2回目 年 月
2回目 年 月		2回目	年 月		3回目 年 月	
おたふく 年 月		3回目	年 月	髄膜炎菌	年 月	
A型肝炎 年 月		4回目	年 月			
既 往 歴	熱性けいれん 初回 歳 か月 最近 歳 か月					
	薬剤名()		使用の目安 °C以上			
	喘息 薬()		吸入薬()			
	アトピー性皮膚炎 内服薬・外用薬()					
	食事療法(除去食品)		※食べた時の症状			
	入院の有、無					
常時飲んでいる薬はありますか。						
薬を飲んだり触れた後、発疹などの異常が現れたことがありますか。						

【カードの書き方】

家族構成は、男→□ 女→○ 亡くなっている方は黒塗り■ 結婚は二重線＝
離婚は斜め線／ 家族構成のところに同居家族を書いてください。

例) 左の図は両親と娘一人の3人家族です。
父 38 母 38 続柄の後に、年齢を書いてください。
長女 2

緊急連絡先は、すぐに繋がる場所にしてください。

緊急連絡先は、父母で同じ場合は、同上にしてください。祖父母の場合は、苗字を書いてください。

書き方が分からない場合は、記入してあるものを持って来て、係の者に聞いてください。

アレルギーの変更があった場合は、朝の予約時に変更内容を伝えて下さい。

*** お子様。送迎者の写真を貼り付けて下さい。**

※こちらに貼り付けてください