

そあ季の花保育園 一時保育室なずな 一時保育個人カード

年 月 日 記入

ふりがな		男	愛称	番号				
氏名		女		平熱	℃			
生年月日 平成 年 月 日 ( 才 月)								
自宅住所 〒								
Tel ( )								
かかりつけの医院 無 ・ 有 (医院名 )								
住所								
Tel ( )								
健康保険者番号				保険者名				
緊急連絡先	第一	氏名		続柄 ( )				
		勤務先名		住所				
		Tel ( )		携帯電話 ( )				
	第二	氏名		続柄 ( )				
		勤務先名		住所				
		Tel ( )		携帯電話 ( )				
希望保育時間		: ~ :	主にお迎えに見える方		父・母・その他 ( )			
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 ( 月)		おすわり ( 月)		一人歩き ( 月)			
	栄養法 ( 母乳 ・ 人工 ・ 混合 )			離乳食開始 ( 前期 : 月)				
予防接種	BCG 年 月		三種混合 (DPT)	1		ポリオ	1	3
	MR (麻疹、風疹)			2			2	4
				3		ヒブワクチン	1	3
	水ぼうそう (水痘)		追		2		4	
			日本脳炎	1		肺炎球菌	1	3
	おたふくかぜ (流行性耳下性炎)			2			2	4
				追		その他		

既往歴	麻疹： 年 月	水ぼうそう： 年 月	
	百日咳： 年 月	おたふくかぜ： 年 月	
	突発性発疹： 年 月	風 疹： 年 月	
	その他（具体的に）		
	熱性けいれん	ない・ある	これまでに 回 初回 才 ヶ月 最後 才 ヶ月
			薬 ない ・ ある
			薬の名称
			使用の目安 ℃以上になったら
	喘息 喘息様気管支炎	ない・ある	薬 使用している ・ いない ・ 発作時だけ
			薬の名称
アトピー性皮膚炎	ない・ある	治療 内服薬 ・ 食事療法 ・ 外用薬（塗り薬）	
		薬の名称	
その他の慢性的な 病気など (具体的に)	ない・ある	病 名	
		薬の使用 ない ・ ある	
		薬の名称	
関節が抜けたことがある		部位： 回数： 回	
その他（けが・手術・入院歴）		才 ヶ月	
食 事	食欲傾向 多 ・ 普 ・ 少	食事や食物の制限のある場合は具体的に	
	好きなもの		
	嫌いなもの		
ア レ ル ギ ー	ない ・ ある	( )	
		( )	
		( )	
そ の 他	くせや心配な事、配慮してほしい事について、具体的にお書きください		