

一時保育/定期利用保育/待機児童緊急対策

個人カード

年 月 日 記入

ふりがな 氏名		男 平熱 女 °C	登録番号	
生年月日 平成 年 月 日 (才 月)			登録理由	
かかりつけの医院名 住所 TEL ()				
自宅住所 〒 - TEL ()		保護者 氏名 _____ 氏名 _____		
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 (ヶ月) おすわり (ヶ月) 一人歩き (ヶ月) 栄養法 (母乳 ・ 人工 ・ 混合) 離乳食開始 (前期 : ヶ月)			
予防接種	BCG : 年 月		MR : (1回目 年 月) (2回目 年 月)	
	4種混合 : (1回目 年 月) (2回目 年 月) (3回目 年 月) (4回目 年 月)			
	B型肝炎 : 年 月 年 月 年 月		ロタウイルス : 年 月 年 月 年 月	日本脳炎 : 年 月 年 月 年 月
	水疱瘡 : 年 月		肺炎球菌 : 年 月 年 月 年 月	ヒブ : 年 月 年 月 年 月
	おたふくかぜ : 年 月		年 月 年 月 年 月	年 月 年 月 年 月

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	
	りんご病：	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			
			薬の名前				
	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			
			薬の名前				
	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）			
薬の名前							
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				
		薬の名前					
入院したこと	ない・ある	(病名	才 ヶ月)				
		(病名	才 ヶ月)				
		(病名	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						
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						