

# 病後児保育個人カード

登録番号

年 月 日記入

お名前	(ふりがな)	男 [愛称]	[写真]
	お名前	女 [第 子]	
	生年月日	H・R 年 月 日 [ 歳 ヶ月]	
自宅住所	〒		

施設名	かかりつけ医療機関	①	☎
		②	☎

緊急連絡先	第一	氏名	( )	勤務先名	
		続柄		住所・☎	
	第二	氏名	( )	勤務先名	
		続柄		住所・☎	
	携帯☎		お迎えまでの所用時間		
	携帯☎		お迎えまでの所用時間		

周産期	出生時体重	g	《特記事項》
	妊娠中の異常	なし・あり( )	
	出産時の異常	なし・あり( )	

発達	*首のすわり[ ヶ月]	*おすわり[ ヶ月]	*一人歩き[ ヶ月]
	*栄養法[ 母乳・ミルク・混合 ] *離乳食開始[ ヶ月]		

予防接種	BCG	年 月
	四種混合	[1回目 年 月] [2回目 年 月][3回目 年 月] 追加 [ 年 月]
	MR	I期 [ 年 月] II期[ 年 月]
	日本脳炎	[1回目 年 月] [2回目 年 月][3回目 年 月]
	水ぼうそう	[1回目 年 月] [2回目 年 月]
	おたふくかぜ	[1回目 年 月] [2回目 年 月]
	肺炎球菌	[1回目 年 月] [2回目 年 月][3回目 年 月][4回目 年 月]
	Hibワクチン	[1回目 年 月] [2回目 年 月][3回目 年 月][4回目 年 月]
	B型肝炎	[1回目 年 月] [2回目 年 月][3回目 年 月]
	ロタウイルス	[1回目 年 月] [2回目 年 月][3回目 年 月]
その他		

アレルギーの状況	食物	なし・あり( )	その他
	薬	なし・あり( )	

既往歴	麻疹(はしか)	年 月	水ぼうそう	年 月
	風疹	年 月	おたふく風邪	年 月
	突発性発疹		脱臼	
	その他			
	熱性けいれん	ない・ある	*これまでに 回 *初回 歳 ヶ月 *最後 歳 ヶ月	
	(薬の服用)	ない・ある	[薬] 使用の目安 名称	
	喘息 喘息様気管支炎	ない・ある	[薬] 使用している ・ いない ・ 発作時のみ 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] 名称	
	その他 慢性的な病気	ない・ある	[病名] [薬] 使用している ・ いない ・ 発作時のみ 名称	
	入院したこと	ない・ある	[病名: ] 歳 ヶ月 [病名: ] 歳 ヶ月 [病名: ] 歳 ヶ月	
食事	食欲傾向	良く食べる ・ 普通 ・ 少食	好きな物 嫌いな物	
	[アレルギーなど、食べ物に制限のある場合は具体的にお書きください。]			
	*除去食の医師の指示書 ( ある ・ ない ) [どのようになりますか]			
遊び	好きな遊び 好きなおもちゃ			
その他	[排泄: *おむつ *眠る時のみおむつ *トイレに行く ]			
	[睡眠: *昼寝 回 時間 *一人寝で眠る *添い寝 *抱っこ *おんぶ ] [くせや心配なこと、配慮してほしいことについて、具体的にお書きください]			