

一時保育／定期利用保育

個人カード

年 月 日 記入

ふりがな 氏名		男 女	愛称	登録番号
生年月日 年 月 日 ( 才 月)				登録理由
自宅住所 〒 -  TEL ( )				
保護者 ふりがな 氏名		ふりがな 氏名		平熱：
緊急連絡先	第一	ふりがな 氏名 続柄 ( )		
		勤務先名		住所
		TEL ( )	携帯電話 ( )	
	第二	ふりがな 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	出生身長 _____ cm		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		MR : 年 月	おたふくかぜ: 年 月
	四種混合: I期 (1回目 年 月) (2回目 年 月) (3回目 年 月) 追加 ( 年 月)			
	B型肝炎: (1回目 年 月) (2回目 年 月) (3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)			
	ヒブ: (1回目 年 月) (2回目 年 月) (3回目 年 月) (4回目 年 月)			
	ロタ: (1回目 年 月) (2回目 年 月) (3回目 年 月)			
	日本脳炎: (1回目 年 月) (2回目 年 月) / 水疱瘡: (1回目 年 月) (2回目 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	
	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	
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		
	苦手なもの		
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>くせや心配なこと、伝えておきたいことがあればお書きください</li> <li>集団保育の経験はありますか（保育園に通っていた、一時保育を利用したことがあるなど）</li> </ul>		
	かかりつけの医院名	TEL ( )	