

## 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 : ~ : おもに迎えに行っている方 父・母・その他( )	電話	
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		
その他の 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	小児肺炎	4回目	年	月	B型肝炎	1回目	年	月
	1回目 年 月		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＝

離婚は斜め縦／ 家族構成のところに同居家族を書いてください。

例) □ ≡ C

父38 | 母38 続柄の後に、年齢を書いてください。

1

長女？

七

緊急連絡先は、すぐさま連絡が取れる相手を複数名選んでおきましょう。

緊急連絡先は、父母で同じ場合は、両方に書いてください。祖父母の場合は、両方を書いてください。

書き方が分からぬ場合は、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。

アレルキ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