

# 一時保育個人カード

年 月 日 記入

ふりがな 氏名		男 女	愛称	登録番号
生年月日 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		ポリオ (1回目 年 月) (2回目 年 月)	
	三種混合: I期 (1回目 年 月) (2回目 年 月) (3回目 年 月) 追加 ( 年 月)			
	麻疹 (はしか) : 年 月		水ぼうそう : 年 月	
	風疹 : 年 月		日本脳炎 1回目 : 年 月	
			日本脳炎 2回目 : 年 月	
			おたふくかぜ 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 °C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		
	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		