

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 平成 年 月 日 (才 カ月)
保護者 氏 名 氏 名 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	
在籍保育所名		電話
普段の保育時間 : ~ : おもに迎えに行っている方 父・母・その他 ()		
保護者就労先 住所 電話		
保護者就労先 住所 電話		
かかりつけの医院名		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 (カ月) おすわり (カ月) 一人歩き (カ月) 授乳の種類 (母乳 ・ 粉ミルク ・ 混合) 離乳食開始時期 (カ月)	
食事	食欲傾向 多 ・ 普 ・ 少 好きな物 嫌いな物	食事制限のある方 (具体的に)
その他	くせや心配な事、配慮してほしい事等	

予防接種	BCG	年 月	ポリオ 1回目 年 月 2回目 年 月	MR 1回目 年 月 2回目 年 月
	三種混合 1回目	年 月	日本脳炎 1回目 年 月 2回目 年 月	おたふくかぜ 年 月
	2回目	年 月		水ぼうそう 年 月
	3回目 追加	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	年 月		
	熱性けいれん	ない ・ ある	これまでに 回 初回 才 カ月 最後 才 カ月 薬 ない ・ ある 薬の名前 使用目安 ℃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	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 カ月 病名 才 カ月 病名 才 カ月		