

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	<家族構成>		
保護者氏名			
生年月日 平成 年 月 日 (才 ヶ月)			
在籍施設名			
かかりつけの病院名 住所			
自宅住所 電話 ()			
緊急連絡先	第1	氏名	勤務先
		電話	就労時間 (時 ~ 時)
	第2	氏名	勤務先
		電話	就労時間 (時 ~ 時)
主にお迎えに見える方			
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 (ヶ月)		
予防接種	BCG 年 月	ポリオ1回目 年 月 ポリオ2回目 年 月	ポリオ3回目 年 月 ポリオ4回目 年 月
	三・四種混合: I期初回 1回(年 月) ・2回(年 月) ・3回(年 月) I期追加(年 月)		
	MR: I期(年 月) ・II期(年 月)		水ぼうそう 年 月
	おたふくかぜ 年 月	Hib 年 月	その他
<備考欄> ・熱性痙攣(有 ・ 無) ・食物アレルギー(有 ・ 無)			

既往歴	麻疹:		水ぼうそう:		
	百日咳:		おたふくかぜ:		
	突発性発疹:		その他		
	熱性けいれん	ある・ない	これまでに()回けいれん歴あり。 初回: 才 ヶ月 最後: 才 ヶ月		
			薬	ない・ある	
			薬の名前		
			使用の目安	体温が()度以上になったら 上記を()mg挿肛する	
	喘息 喘息様気管支炎	ある・ない	薬	使用している・いない・発作時のみ	
			薬の名前		
	アトピー性皮膚炎	ある・ない	薬	内服薬・食事療法・塗り薬	
薬の名前					
その他の慢性疾患 []	ある・ない	薬	使用している・いない		
		薬の名前			
入院歴	ある・ない	病名 その他			
食事	食欲傾向	多・普・少		食事や食べ物の制限がある場合は内容を記載下さい	
	好きなもの				
	苦手なもの				
その他	くせや心配な事、配慮して欲しい事について具体的にお書き下さい。				