

妙福寺保育園 一時預かり保育個人カード

年 月 日 記入

ふりがな		番号					
氏名		男	愛称				
		女	平熱				
生年月日		平成 年 月 日 (才 月)					
自宅住所 〒		TEL ()					
かかりつけの医院		無 ・ 有 (医院名)					
住所		TEL ()					
健康保険者番号			保険者名				
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(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		三種混合 (DPT)	1	ポリオ	1	3
	MR (麻疹、風疹)	1		2		2	4
		2		追		ヒブワクチン	1
	水ぼうそう (水痘)	1	追	2	4		
		2	日本脳炎	1	肺炎球菌	1	3
	おたふくかぜ (流行性耳下性炎)	1		2		2	4
		2		追		その他	

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	
			薬の名前		
	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 （具体的に）	ない・ある	病名		
			薬の服用	ない・ある	
薬の名前					
関節が抜けたことがある		部位：	回数：	回	
その他（けが・手術・入院歴）		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				
アレルギー	ない・ある	()			
		()			
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				

