

病後児保育個人カード

登録番号

西暦

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 西暦 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
	三種混合: I期(年 月) ・ II期(年 月) ・ III期(年 月) 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)				