

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 平成・令和(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		ポリオ1回目		ポリオ2回目
	年 月		年 月		年 月
	四種(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		Hib(ヒブ)		日本脳炎	
年 月		年 月		① 年 月 ② 年 月	
				追加 年 月	
				その他	
				B型肝炎	
				ロタウイルス	
<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。				