

# 病後児保育個人カード

登録番号

20 年 月 日記入

|               |                   |      |
|---------------|-------------------|------|
| (ふりがな)<br>お名前 | 男 [愛称]<br>女 [第 子] | [写真] |
| 生年月日          | 20 年 月 日 [ 歳 ヶ月]  |      |
| 自宅住所          | 〒<br>☎            |      |

|       |               |               |            |
|-------|---------------|---------------|------------|
| 通所施設名 | 入園日<br>20 年 月 | かかりつけ<br>医療機関 | ① ☎<br>② ☎ |
|-------|---------------|---------------|------------|

|       |    |          |     |      |  |
|-------|----|----------|-----|------|--|
| 緊急連絡先 | 第一 | 氏名<br>続柄 | ( ) | 勤務先名 |  |
|       |    | 携帯☎      |     | 住所・☎ |  |
|       | 第二 | 氏名<br>続柄 | ( ) | 勤務先名 |  |
|       |    | 携帯☎      |     | 住所・☎ |  |

|     |                 |                      |
|-----|-----------------|----------------------|
| 周産期 | 出生時体重 g         | 《特記事項》<br>保育時間 : ~ : |
|     | 妊娠中の異常 なし・あり( ) |                      |
|     | 出産時の異常 なし・あり( ) |                      |

|    |   |
|----|---|
| 発達 | *首のすわり[ ヶ月]    *おすわり[ ヶ月]    *一人歩き[ ヶ月]<br>*栄養法[ 母乳・ミルク・混合 ]    *離乳食開始[ ヶ月] |
|----|---|

|      |              |   |
|------|--------------|---|
| 予防接種 | BCG          | 20 年 月  |
|      | 四種混合<br>五種混合 | [1回目 20 年 月] [2回目 20 年 月][3回目 20 年 月]<br>追加 [ 20 年 月] |
|      | MR           | I期 [ 20 年 月]    II期[ 20 年 月]                          |
|      | 日本脳炎         | [1回目 20 年 月] [2回目 20 年 月][3回目 20 年 月]                 |
|      | 水ぼうそう        | [1回目 20 年 月] [2回目 20 年 月]                             |
|      | おたふくかぜ       | [1回目 20 年 月] [2回目 20 年 月]                             |
|      | 肺炎球菌         | [1回目 年 月] [2回目 年 月][3回目 年 月][4回目 年 月]                 |
|      | Hibワクチン      | [1回目 年 月] [2回目 年 月][3回目 年 月][4回目 年 月]                 |
|      | B型肝炎         | [1回目 年 月] [2回目 年 月][3回目 年 月]                          |
|      | ロタウイルス       | [1回目 年 月] [2回目 年 月][3回目 年 月]                          |

|              |    |          |                |        |        |
|--------------|----|----------|----------------|--------|--------|
| アレルギー<br>の状況 | 食物 | なし・あり( ) | 生活管理指導票<br>の提出 | 20 年 月 | 20 年 月 |
|              | 薬  | なし・あり( ) |                | 20 年 月 | 20 年 月 |

|     |   |                 |  |      |
|-----|---|-----------------|--|------|
| 既往歴 | 麻疹(はしか)   | 年 月             | 水ぼうそう                                  | 年 月  |
|     | 風疹  | 年 月             | おたふく風邪                                 | 年 月  |
|     | 突発性発疹   | 年 月             | 脱臼                                     | 年 月  |
|     | その他   |                 |  |      |
|     | 熱性けいれん  | ない・ある           | *これまでに 回<br>*初回 歳 ヶ月 *最後 歳 ヶ月          |      |
|     | (薬の服用)  | ない・ある           | 〔薬〕 使用の目安<br>名称                        |      |
|     | 喘息<br>喘息様気管支炎   | ない・ある           | 〔薬〕 使用している ・ いない ・ 発作時のみ<br>名称         |      |
|     | 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)<br>〔薬〕 名称   |      |
|     | その他<br>慢性的な病気   | ない・ある           | 〔病名〕<br>〔薬〕 使用している ・ いない ・ 発作時のみ<br>名称 |      |
|     | 入院したこと  | ない・ある           | 歳 ヶ月<br>病名: 病院名:<br>歳 ヶ月<br>病名: 病院名:   |      |
| 食事  | 食欲傾向  | 良く食べる ・ 普通 ・ 少食 |  | 好きな物 |
|     |   |                 |  | 嫌いな物 |
|     | アレルギーなど、食べ物に制限のある場合は医師が記入した生活管理指導票が必要です<br>*生活管理指導票(ある・なし)<br><br>*離乳食(中期・後期・完了) ・ 白米(倍粥・軟飯)<br>*母乳1日 回(朝 ml 昼食後 ml 夕食後 ml 寝る前 ml 夜中 ml)<br>*ミルク1日 回(朝 ml 昼食後 ml 夕食後 ml 寝る前 ml 夜中 ml) |                 |  |      |
| 遊び  | 好きな遊び・おもちゃ  |                 |  |      |
| その他 | 〔排泄: *おむつ *眠る時のみおむつ *トイレに行く〕  |                 |  |      |
|     | 〔睡眠: *昼寝 回 時間 *一人寝で眠る *添い寝 *抱っこ *おんぶ〕<br><br>〔くせや心配なこと、配慮してほしいことについて、具体的にお書きください〕   |                 |  |      |