

# 個人カード(秘)

一時保育

ふりがな				性別	生年月日
氏名				女 男	年 月 日
住所	〒				
ふりがな			ふりがな		
父の名			母の名		
自宅					
父携帯			母携帯		

**写 真**  
出来るだけ最近の子どもの  
写真を貼ってください。

父の 勤務 状況	名称				母の 勤務 状況	名称					
	住所					住所					
	電話					電話					
	勤務時間	平日	:	~		:	勤務時間	平日	:	~	:
		土曜日	:	~		:		土曜日	:	~	:
	勤務先から保育園までの時間		時	分		勤務先から保育園までの時間		時	分		
利用交通機関					利用交通機関						

緊急連絡先(連絡順に記入し、保護者以外の連絡先も記入してください。)

	ふりがな 氏名	続柄	名称(勤務先等)	電話
1				
2				
3				

災害時に保護者以外でお迎えに来られる方 ※お迎えの際は身分証明できるものを必ずご持参ください

	ふりがな 氏名	続柄	名称(勤務先等)	電話
1				
2				
3				

主に送迎する人	氏名	続柄	氏名	続柄
かかりつけの病院	科	病院名	電話	
平熱	°C	所在地		

妊娠・出産	妊娠中の異常	なし・あり	出血・妊娠中毒症・ひどいつわり・白尿糖・尿蛋・浮腫・高血圧・貧血・その他									
	出生の異常	なし・あり	骨盤位・帝王切開・早期破水・鉗子分娩・吸引分娩									
	出産時の異常	なし・あり										
出生時	身長	cm	頭圍	cm	予定日より早かった							日
	体重	g	胸圍	cm	遅かった							日
授乳法	母乳のみ 人工のみ 混合											
発達・状況	首がすわる	( 月)	つたい歩き	( 月)	かたことをいう	( 月)						
	寝返る	( 月)	歯が生える	( 月)	(マンマ、ブーブー等)							
	座る	( 月)	一人歩き	( 月)	二語文を話す	( 月)						
	はう	( 月)			(ワンワンきた等)							
健康調査	股関節脱臼 ( 受けた・受けてない )		先天性代謝異常 ( 受けた・受けてない )									
	4ヶ月児童健康調査			1歳6ヶ月児童健康調査			3歳6ヶ月児童健康調査					
	受けた ( 年 月 ) ・ 受けてない			受けた ( 年 月 ) ・ 受けてない			受けた ( 年 月 ) ・ 受けてない					
予防接種	BCG	四(三)種混合		日本脳炎	MR	Hib	肺炎球菌	おたふく風邪	水疱瘡			
	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月			
		年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月		年 月			
		年 月	年 月	I 期追加	I 期追加	年 月	年 月		年 月	年 月		
かかった病気	病名	はしか	風疹	水痘	おたふく	心臓疾患						
	発病時期	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	
体質等○を記入してください	ひきつけたことがある		熱がある時 歳 ヶ月		泣いた時 歳 ヶ月							
			熱がない時 歳 ヶ月		その他 歳 ヶ月							
	下痢をしやすい		扁桃腺が腫れやすい		皮膚が弱い		肘が抜けやすい ( 右・左 )					
	食物アレルギーがある ( はい・いいえ )		※はいの方は別紙記入									
	薬アレルギーがある ( はい・いいえ )		〓はいの方は(薬品名 ) (症状 ) 喘息・アトピー・けいれん等で常時内服している薬がある ( はい・いいえ ) 〓はいの場合 (薬名 ) 今まで大きなケガや手術等があれば記入してください。 ( )									
世帯構成 (同居人も含む)	ふりがな	続柄		生年月日		職業						
	氏名											
備考												