

休日保育用個人カード

年 月 日 現在

フリガナ 児童氏名		男・女		愛称		生年月日 年 月 日 (歳 か月)			
保護者氏名	フリガナ 父	住 所	〒 (-)						
	フリガナ 母		Tel						
父母以外 の家族 の状況	氏 名	児童との続柄	生年月日		勤務先又は連絡先		電話番号		
			年 月 日生						
			年 月 日生						
			年 月 日生						
			年 月 日生						
			年 月 日生						
緊急連絡先	氏 名	児童との続柄	連絡先				電話番号		
予防接種	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> ポリオ	<input type="checkbox"/> 三種混合	<input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか)	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 耳下腺炎 (おたふく)	<input type="checkbox"/> その他
	受けた ものに○ 年月								
既往症	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか)	<input type="checkbox"/> 耳下腺炎 (おたふく)	その他			
	かかった ものに○ 年月					病名			
<p style="text-align: center;">お 子 さ ん の 様 子</p> <p>1 普段の様子</p> <p>(1) 顔色 (良い・悪い) (7) ひきつけを起こしたことがある (2) 平熱 ℃ (はい・いいえ) (はい・いいえ)</p> <p>(3) 発熱しやすい (はい・いいえ) はいの場合 (歳頃 回)</p> <p>(4) 下痢しやすい (はい・いいえ) (8) 慢性の疾患(持病)がある</p> <p>(5) アレルギー症状がある(はい・いいえ) (はい・いいえ)</p> <p>(6) 脱臼したことがある(はい・いいえ) はいの場合(疾患名)</p> <p>はいの場合(部位) (9) 食品アレルギーがある(はい・いいえ)</p> <p style="text-align: center;">はいの場合</p> <p style="text-align: center;">卵・牛乳・鶏肉・牛肉・大豆・大豆製品・乳製品・</p> <p style="text-align: center;">その他()</p> <p>2 その他寝る時の癖など、知らせておきたいことや保育の上で注意すべきことを記入してください。</p> <p>[]</p>									