様式第2号(第4条関係)

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	

	氏　名	児童との続柄	生年月日	勤務先又は連絡先	電話番号
父母以外の家族の状況			年　月　日生		
			年　月　日生		
			年　月　日生		
			年　月　日生		
			年　月　日生		
			年　月　日生		
			年　月　日生		

	氏　名	児童との続柄	連絡先	電話番号
緊急連絡先				

予防接種		ＢＣＧ	ポリオ	三種混合	麻疹(はしか)	風疹	日本脳炎	水痘	耳下腺炎(おたふく)	その他
	受けたものに									
	年月									

既往症		水痘	百日咳	風疹	麻疹(はしか)	耳下腺炎(おたふく)	その他	
	かかったもの						病名	
	年月						年月	

お 子 さ ん の 様 子

1　普段の様子

（1）顔色　（良い・悪い）
（2）平熱　　℃
（3）発熱しやすい　（はい・いいえ）
（4）下痢しやすい　（はい・いいえ）
（5）アレルギー症状がある(はい・いいえ)
（6）脱臼したことがある（はい・いいえ）
　　はいの場合（部位　　）
（7）ひきつけを起こしたことがある
　　(はい・いいえ)
　　はいの場合（　　歳頃　　回）
（8）慢性の疾患（持病）がある
　　(はい・いいえ)
　　はいの場合（疾患名　　）
（9）食品アレルギーがある（はい・いいえ）
　　はいの場合
　　卵・牛乳・鶏肉・牛肉・大豆・大豆製品・乳製品・
　　その他(　　)

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。

(　　)