

年 月 日

病後児保育 個人カード

ふりがな 児 童 名		女・男	在 園 名	保育園 幼稚園 歳児クラス
住 所		自 宅 電 話 番 号		
生年月日	年 月 日生まれ	愛 称		
緊急連絡先	父	氏 名	携 帯 電 話 番 号 等	
		勤務先名	勤 務 先 電 話 番 号	
	母	氏 名	携 帯 電 話 番 号 等	
		勤務先名	勤 務 先 電 話 番 号	
	他			電 話 番 号
	かかりつけの医療機関			電 話 番 号

これまで受けた予防接種に○

BCG		
ポリオ	1回目	
	2回目	
三種混合 (DPT) 百日咳	1期	1回目
		2回目
		3回目
破傷風ジフテリア	1期追加	
麻疹		
風疹		
流行性耳下腺炎		
水痘		
ヒブ		
その他		

これまでにかかった病気について○

麻疹 (はしか)		
風疹 (三日はしか)		
流行性耳下腺炎 (おたふく風邪)		
水痘 (みずぼうそう)		
百日咳		
喘息		
熱性けいれん (ひきつけ)	有	無
初回	最近	これまでに
歳 ヶ月	歳 ヶ月	回
その他		

常備薬 なし・あり (薬品名 歳 ヶ月から)

病後児保育担当者記入欄：