

個人票

令和 年 月 日 【登録No. _____】

ふりがな		性別	生年月日		
氏名		男・女	平成・令和	年	月 日生(歳 カ月
呼び名		平熱	℃	血液型	型
かかりつけの医師又は病院名	_____ TEL: _____ _____ TEL: _____ _____ TEL: _____				
妊娠中の状態	異常なし・あり(妊娠中毒症・強いつわり・貧血・糖尿病・その他: _____)				
分娩中の状態	異常なし・あり(鉗子・吸引・帝王切開・その他: _____)				
出産時の状態	異常なし・あり(仮死・けいれん・黄疸・保育器・光線療法・その他(_____)				
	第(_____)子	身長	cm	体重	g
	(_____)週出産	頭囲	cm	胸囲	g
乳幼児の状態	首のすわり	カ月	寝返り	カ月	はいはい
	お座り	カ月	歩行開始	カ月	言葉の出始め
■今までにかかった病気 又は、入院を要した病気について : 番号にマルをつけてください。					
1.はしか 2.百日咳 3.水ぼうそう 4.おたふくかぜ 5.風疹 6.川崎病 7.しょう紅熱 8.ぜんそく 9.先天性股関節脱臼 10.腎臓病 11.肝臓病 12.心臓病 (_____) 13.自家中毒 14.骨折 15.結核 16.その他(_____)					
■健康状態 : 該当するところにマルをつけてください。					
1.風邪をひきやすい 2.ゼーゼーいう 3.咳が出やすい 4.熱が出やすい 5.下痢をしやすい 6.便秘をしやすい 7.鼻血が出やすい 8.腹痛をおこしやすい 9.扁桃腺はれる 10.吐きやすい 11. 耳垂れ 12. 中耳炎 13. 湿疹が出やすい。又は皮膚が弱い。(部位: _____) 14. アレルギー体質 … アトピー性皮膚炎・ぜんそく・結膜炎・じんましん(原因物質: _____) 食べ物(食べられないもの: _____) エピペン(あ り ・ な し) 薬(_____) その他(_____) 15. ひきつけたことがある。今までに(_____)回 ◎ _____ 年 月 日 … その時の熱の有無 … 無し・あった(_____ ℃) ◎ _____ 年 月 日 … その時の熱の有無 … 無し・あった(_____ ℃) ※座薬の使用 … なし・あり (薬品名: _____) 16. ひじや肩の関節が抜けたことがある。今までに(_____)回 ◎ _____ 年 月 日 … 抜けた関節(右 ・ 左) (ひじ ・ 肩 ・ その他: _____) ※受診した病院名 (_____)					

※緊急連絡先や保険証に変更があった時は、すぐにこども園に届けてください。

■生活習慣：ご記入ください。該当する番号にマルをつけてください。		
栄養・食事	◎離乳食開始： ヵ月 ◎離乳完了： ヵ月 ◎歯の生え始め： ヵ月 ◎食事 1.普通食 2.離乳食：初期・中期・後期 3.母乳のみ 4.混合(母乳+ミルク) 5.ミルク(1回 さじ cc、1日 回) ◎普段の飲み物 1.フォローアップミルク 2.牛乳 3.果汁 4.お茶 ◎好きな食べ物 () ◎嫌いな食べ物 () ◎食べ方 1.食べさせる 2.手づかみ 3.スプーン・フォーク 4.箸 ◎食物アレルギーをおこす食品 ()	
	睡眠 1.よく寝る 2.寝つきが悪い 3.添い寝する 4.昼寝をしない 5.昼寝(1日 回程度： 時から 時・ 時から 時) ◎起床： 時頃 ◎就寝： 時頃 (計 時間程度)	
	排泄	◎排便 1.自分で知らせる 2.知らせない 1.自分で始末できる 2.自分で始末できない 1.回数 (回程度/日) 1.うんちの状態 (硬い・普通・軟らかい)
		◎排尿 1.自分で知らせる 2.知らせない 3.一人でできる 上記3以外の場合 … 1.トイレトレーニングを始めている 2.まだ始めていない
くせ	1.爪を噛む 2.指しゃぶり 3.おねしょ 4.おしゃぶり 5.ねむる時 () 6.その他 ()	
言葉	◎乳児 1.喃語 2.一言語 3.二言語	
	◎幼児 1.幼児語 2.会話	
■興味のある遊び、おもちゃ		
■こどもの特徴(性格・長所・短所)		
■治療中の病気名(慢性疾患等)		
■町で実施する健診について ※その他心配なことがあればご記入ください。		
○乳児健診 受けた・受けてない 異常(あり・なし)(指導内容)		
○1歳6か月健診 受けた・受けてない 異常(あり・なし)(指導内容)		
上記のとおり相違ありません。 保護者住所：平群町		
令和 年 月 日 保護者名 印		

■緊急連絡先①	
氏名：	続柄 () 連絡のとれる・自宅/勤務先 電話番号・携帯

■緊急連絡先②	
氏名：	続柄 () 連絡のとれる・自宅/勤務先 電話番号・携帯

--- 保険証・乳幼児医療証(写し)添付欄 --- ※保険証・乳幼児医療受給資格証の写しを添付してください。

確認日	保護者氏名	印・サイン
/		
/		