

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	カ月
	お座り	カ月	歩行開始	カ月	言葉の出始め	カ月

■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 () | | | |

■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： カ月 ◎離乳完了： カ月 ◎歯の生え始め： カ月 ◎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	
	排 泄	
	く せ	
	言 葉	
■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		
○乳児健診 受けた・受けてない 異常(あり・なし)(指導内容)	※その他心配なことがあればご記入ください。	
○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。

■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
／		
／		