

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	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	言葉の出始め	カ月
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(_____ °C) | | | |
| ◎ 年 月 日 … その時の熱の有無 … 無し・あった(_____ °C) | | | |
| ※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	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

資格確認書 ・ 乳幼児医療証 (写し)添付欄-----

※保険者から送られてきた「資格確認書」と「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
/		
/		