



一時保育〈わかば〉カルテ



登録日	令和 年 月 日
登録番号	

ふりがな		男・女	記入日	令和 年 月 日	
児童名			愛称		
生年月日	平成・令和 年 月 日生			歳 ヶ月	
住所	〒 TEL :				
その他の同居人	続柄	氏名 (ふりがな)	生年月日	健康状態	勤務先名・所在地・学校等
	父				TEL : 携帯 :
	母				TEL : 携帯 :
					TEL : 携帯 :
					TEL : 携帯 :
保護者以外の 緊急連絡先	(フリガナ) 氏名 :			児童との続柄 :	
	住所 :			TEL :	
緊急連絡先 カッコ内に優先順位を記入	父勤務先 ()	母勤務先 ()	父携帯 ()	母携帯 ()	その他 : ()
申込理由	通常利用の場合		緊急利用の場合		
	1. 冠婚葬祭 2. PTA 等各種会議出席 3. 保護者の保育の負担軽減 4. 就労 5. その他 ()		1. 病気 2. 看護・通院 3. 出産 4. その他 () ※診断書、母子手帳のコピー (分娩予定日のページ) 添付		
主な送迎者	父・母・その他()				
生活保護世帯	該当 ・ 非該当				

※面接書に記入されている事項など、個人情報については保育の目的以外に使用いたしません。

出生歴 (第 子)		生年月日	年 月 日	平熱	℃
妊娠・出産 の状況	妊娠中の経過 ・異常なし ・貧血 ・切迫早産 ・妊娠中毒症 ・その他 ()	出生時		1ヶ月健診時	
	妊娠期間 : 妊娠 週 日 ・正常分娩 ・帝王切開 ・骨盤位 ・吸引分娩 ・鉗子分娩 ・臍帯巻絡 ・その他 ()	体重: g	身長: cm	体重: g	身長: cm
哺乳方法	母乳: ヶ月～ ヶ月 ミルク: ヶ月～ ヶ月 母乳: ヶ月～ ヶ月	胸囲: cm	頭囲: cm	生まれすぐ泣きましたか? 異常なし あり {	
		黄疸 なし・普通・強い		はい・いいえ	

【 予 防 接 種 】

種類	接種年月日		種類	接種年月日	
ヒブワクチン	R . .	R . .	水痘	1回目	R . .
	R . .	R . .		2回目	R . .
肺炎球菌ワクチン	R . .	R . .	おたふく	1回目	R . .
	R . .	R . .		2回目	R . .
三種混合(DTP) ワクチンもしくは 四種混合(DPT-IPV) ワクチン	1 初 期 回	1回目	R . .		
		2回目	R . .		
		3回目	R . .		
	追加	R . .			
ポリオワクチン (単独)	生・不活化	1回目	R . .	かかりつけの病院・医師名 TEL	
	生・不活化	2回目	R . .		
	生・不活化	3回目	R . .		
	生・不活化	4回目	R . .		
BCG		R . .	保険証	無 ・ 有 (社保・国保・共済)	
MR	第1期	R . .		記号	番号
	第2期	R . .	保険者番号		
日本脳炎		1回目	R . .	乳幼児医療証	負担者番号
		2回目	R . .		受給者番号
		3回目	R . .	薬剤アレルギー あり・なし 薬品名 ()	

【 健康面について 】 該当するところに記入してください。

治療中の病気		既往歴	
病名 診断日	病院名 治療内容 (薬など)	病名 発症年月日	病名 発症年月日
食物アレルギー (除去食対応: 要・不要) R . .		おたふくかぜ H . .	中耳炎 H . .
気管支喘息 R . .		水ぼうそう H . .	H . .
アトピー性皮膚炎 R . .		突発性発疹 H . .	
() R . .		熱性けいれん H . .	
		脱臼 部位 ()	
入院及び手術歴			
病名		病院名	入院期間
その他、保育園に伝えておきたいことがありましたらご記入ください。			