

お子さまカルテ

ふりがな		男 、 女	生年月日		第 子
児童名			年	月	
緊急 連絡先		氏名	続柄	連絡先	
	①				
	②				

健康	平熱 _____ °C 既往歴 ☐ 無 ☐ 有 (_____) ☐ 熱性けいれん _____ 回 ☐ 脱臼 _____ 回 アレルギー ☐ 無 ☐ 有 (_____) 除去食品 ☐ 無 ☐ 有 (_____)				
食事	離乳食 ☐ 前期 ☐ 中期 ☐ 後期 ☐ きざみ ☐ 普通 食欲 ☐ 旺盛 ☐ 普通 ☐ 小食 ☐ ムラがある 好きな食べ物 (_____) 嫌いな食べ物 (_____)				
哺乳	☐ ミルクのみ ☐ 母乳のみ ☐ 混合 ミルク品名 (_____) 1 回量 _____ c c 1 日 _____ 回 ☐ 吐乳しやすい ☐ 吐乳しない (あまりしない)				
睡眠	起床時間 _____ : _____ 就寝時間 _____ : _____ 午前睡 (朝寝) ☐ しない ☐ する (_____ : _____ ~ _____ 時間程度) 午睡 (昼寝) ☐ しない ☐ する (_____ : _____ ~ _____ 時間程度) 入眠時の体勢 ☐ 仰向け ☐ うつぶせ ☐ 横向き 入眠時のくせ (_____)				
集団生活	☐ 無 ☐ 有 (_____)				
遊び	好きな遊び (_____) 好きなおもちゃ (_____)				
保育無償化等の補助金について 利用の予定あり ・ 利用の予定なし					
お子様の発達、体調、行動等で心配なこと、知らせておきたいこと					
別紙の契約書の内容について ☐ 同意する 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 保護者氏名 _____					

お子さまの保険証と医療証のコピーを貼ってください。

保護者の身分証明書（運転免許証・保険証等）のコピーを貼ってください。

承諾書

年 月 日

保育中の怪我・病気について

園内において、ケガ・発熱により医師の治療が必要と思われる場合、保護者に連絡し指示を受けるよう努力しますが、連絡がつかない場合、園側の判断において園のかかりつけ病院・医院にて受診のうえ、担当医師に治療を依頼することを承諾します。

園児氏名 _____

保護者氏名 _____