

# お子様カルテ

保育するための貴重な資料とさせていただきます。ご記入にご協力ください。



記入日 年 月 日

No.

フリガナ		住 所	〒
お子様名	男 女		
愛 称	くん ちゃん		
生年月日 (西暦)	年 月 日生 歳 月	自宅 TEL	
血 液 型	RH+ RH- 型	F A X	
身 長	m cm (出生時身長 cm)	携 帯	
体 重	g (出生時体重 g)	保護者名	

## A / 家族 (同居人) 構成

続柄	ご家族氏名	生年月日(西暦)	年齢	勤務先名(職種)、学校・幼稚園・保育園名
ペット				
緊急 連絡先 1	氏名	続柄	電話番号	自宅・勤務先・携帯
緊急 連絡先 2	氏名	続柄	電話番号	自宅・勤務先・携帯
かかりつけ病院・医院				
担当医名 ( )				
TEL 保険証番号				
震災などにより万が一、保護者の方がお迎えにこられない場合にお子様を引渡す方のお名前 (祖父母・親戚など)				
氏名 続柄 電話番号 自宅・勤務先・携帯				
氏名 続柄 電話番号 自宅・勤務先・携帯				

## B / 健康状態

熱	( )°C	Q1 よく熱を出すほうですか？ はい・いいえ Q2 熱性痙攣を起こした事がありますか？ はい・いいえ (時期 最近の様子 )
アレルギー (アレルギーがある方はご記入下さい。)	病名( ) アレルゲン( ) 除去食( ) 症状とケア( ) 薬について( )	その他 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
病歴 (○をして下さい)	1.はしか 2.シフトリア 3.水疱瘡 4.百日咳 5.てんかん 6.手足口病 7.おたふく風邪 8.とびひ 9.肺炎 10.風疹 11.突発性発疹 12.流行性結膜炎 13.伝染性嘔吐下痢症 14.ヘルパンギーナ 15.RSウイルス 16.脱臼 17.インフルエンザ 18.コロナウイルス	
予防接種 (○をして下さい)	1.Hib 2.小児肺炎球菌 3.BCG 4.四種混合 5.麻しん(はしか) 6.風疹 7.水痘 8.おたふくかぜ 9.日本脳炎	

## C / 生活状況

睡眠	就寝時間 (平均時間: 時頃～ 時頃) お昼寝 ( 時頃～ 時くらいの 時間) 睡眠時に必要な物&癖 ( ) 寝起きの状態 ( )
食生活	ミルク: 1. 完全母乳 2. 母乳&粉ミルク混合 3. 粉ミルク使用 (メーカー名: ) 授乳回数 1日 回( 時間おき / 1回 cc) 食事: 1. 離乳食 (現段階の食事内容: ) 2. 普通食 食欲: 1. 旺盛 2. 少食 3. ムラがある 好きな食べ物 ( ) 嫌いな食べ物 ( ) 食事中に配慮して欲しい事 ( )
排泄 (○をしてください)	1. オムツ (紙オムツ・布オムツ) 2. トレーニング中 3. トレーニング終了だが介助が必要 4. 一人で可能

## D / 性格・特徴

性格(保護者からの見解)や好きな遊び・好きなキャラクター・覚えてたの言葉など
今のお子様に望む事、しつけ、保育上注意してほしいことなど(癖や不安・恐怖を感じる事柄や嫌いな事など)
その他

Aishaの利用規約及びキャンセル規定に同意しサービスの利用を申し込みます。

記入日: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

記入者署名: \_\_\_\_\_