

この個人票は、休日保育への登録が承認され次第、速やかに休日保育実施保育園にご提出ください。

*必ず記入してください。(同様の書類の提出でも可)

秘 休日保育個人票

年度

ふりがな (乳幼児名)	男 女
生年月日	平成・令和 年 月 日生
現住所	番地 区 町 丁目 番号

1. 勤務関係

勤務先又は自営 父	勤務先所在地
--------------	--------

勤務先又は自営 母	勤務先所在地
--------------	--------

2. 電話

自宅	勤務先 父	勤務先 母
----	----------	----------

3. 家族関係

(ふりがな) 名前	乳幼児との 続柄	性別	生年月日	健康	備考
乳 幼 児	本人	男・女	平成・令和 年 月 日	健・否	
家 族 全 員 の 状 況	(保護者)	男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	健・否	
		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	健・否	
		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	健・否	
		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	健・否	
		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	健・否	

4. かかりつけ医

かかりつけの病院又は医院

5. 生育歴

在胎月数	か月又は 週	発育歴	・座位	か月	
出産時の体重	g	・首すわり	か月	・歩行	か月
出産時の異常	なし あり ()	・ねがえり	か月	・発語	か月
主な既往症 (今までにかかったことのある病気)	麻しん・風しん・水痘・おたふくかぜ・川崎病(定期受診 / 有・無) 心臓病()・先天性疾患() 気管支喘息・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー() 熱性けいれん・その他の疾患()				

6. 予防接種の状況(接種したものに○をつけてください)

三種混合 (ジフテリア) 百日せき 破傷風	I期1回目	ポリオ	1回目	麻しん	日本脳炎	I期初回1回
	I期2回目		2回目	風しん		I期初回2回
	I期3回目	BCG	麻しん・風しん	I期	I期追加	
	I期追加	おたふくかぜ(任意)	(混合)	II期	水痘(任意)	

7. 家庭における状態

健康状態	良好 普通 病気がち 便の状態 (軟 ・ 普通 ・ 硬) 平熱 (度 分) その他 ()	
罹りやすい 病気・状態	かぜ 小児ぜんそく 中耳炎 扁桃炎 下痢 便秘 湿疹 ひきつけやすい アレルギー体質 ひじの脱臼 その他 () ()	子どもの健康について気をつけたい点
食物アレルギー	具体的に記入ください	
食事	食事 (よく食べる ・ 少食) 特に食べてはいけない物 () 偏食 (す る ・ し な い) 特に嫌いな物 () 間食 (す る ・ し な い) 時間をきめている きめていない	
睡眠	睡眠 ()時間 寝つき (早い ・ 遅い) 夜尿 その他 ()	
排泄	小便 (ひとりでする ・ できない) 近い 普通 遠い 時々もらす 大便 (ひとりでする ・ できない) 便秘 回数 ()回	
性格	明朗 活発 根気強い きちようめん 素直 やさしい 内気 こまかいことを気にする かんしゃく 落ち着きがない その他 ()	
くせ	指しゃぶり その他 ()	
主に子どもの 世話をした人	父 母 祖父 祖母 その他 ()	集団生活の 有 ・ 無 施設名 ()
本人に対する 家庭の希望		

8. 通園道順略図

9. 通園状態

(1) 家から保育園まで	m
(2) 通園に要する時間	時間 分
(3) 登園時刻	時 分頃 (続柄)
(4) 付添者氏名	
(5) 降園時刻	時 分頃 (続柄)
(6) 付添者氏名	
(7) 通園に要する乗物	
(8) 家の道順目標	