

令和6年度
年末保育
個人カード

児童氏名	ふりがな		男・女	保護者氏名	ふりがな		
	年	月		日生	歳	か月	
住所	電話						
	— —						
緊急連絡先（優先順位・緊急時送迎者）	①	氏名	電話	勤務先名（			
		児童との続柄		携帯等	—	—	
	②	氏名	電話	勤務先名（			
		児童との続柄		携帯等	—	—	
	③	氏名	電話	勤務先名（			
		児童との続柄		携帯等	—	—	
	④	氏名	電話	勤務先名（			
		児童との続柄		携帯等	—	—	
	⑤	氏名	電話	勤務先名（			
		児童との続柄		携帯等	—	—	
現在の通園先園名（							
年末保育での希望保育時間			送迎者名		職場からの所要時間		
29日	時	分～	時	分	朝	時間	分
					夕	時間	分
30日	時	分～	時	分	朝	時間	分
					夕	時間	分

お子さんの様子

(1) 食物アレルギーについて

食物アレルギーの対応について

※給食の提供にあたり、個別のアレルギー対応は出来ません。
 (献立の食材は卵・乳・小麦・大豆が含まれないものになりますが、醤油・味噌などの調味料は、大豆・小麦の入ったものを使用します。他の食材の除去・代替は出来ません。離乳食、ミルクの提供もありません)
 ※給食が食べられない場合は、お弁当をご持参ください。

食物アレルギー（ある ない）

ある場合 ↓

食品名（

↓

給食を食べる ・ 弁当を持参する

(2) その他のアレルギー疾患（ある ない）

ある場合 喘息 湿疹 結膜炎 その他（

(3) 与薬について

与薬の対応について

※原則として薬のお預かりは行いません。ただし、医師の指示で抗けいれん薬（ダイアップなど）、アレルギー緊急薬（エピペン注射・内服薬など）が必要な場合は、薬をお預かりすることが可能です。
 ※薬のお預かりが必要な場合は、在籍園で薬をお預かりしていることを証明する書類（与薬依頼書等）の写しを添付してお申込みください。在籍園で薬をお預かりしていることを証明する書類が無い場合、お預かり出来ません。

与薬依頼（する しない）

薬の種類（抗けいれん薬 ・ アレルギー緊急薬）

薬品名（

*与薬が必要な場合は与薬依頼書等のコピーを申込書に添えて提出してください。

【裏面に続きます】

お子さんの様子

(4)慢性の疾患 (ある ない)
 → ある場合 疾患名()

(5)普段の顔色 (よい わるい)

(6)平熱 (度 分)

(7)発熱しやすい (はい いいえ)

(8)下痢しやすい (はい いいえ)

(9)おむつを使用している (はい いいえ)

(10)肘内障の既往 (ある ない)
 → ある場合 いつごろ()
 部位(右肘 ・ 左肘)・その他()

(11)けいれんを起こしたことがある (ある ない)
 → ある場合 熱性けいれん ・ その他のけいれん
 状況 ()
 熱 (有 無) °C
 薬の使用 (有 無)
 最後にけいれんを起こした時 (年 月)
 今までに起こしたけいれんの回数 (回)

(12)好きなおもちゃ ()

(13)好きな遊び ()

(14)眼鏡や補聴器の使用 (眼鏡使用 ある ない)
 *眼鏡使用の場合は、眼鏡
 ケースをご持参ください。 (補聴器使用 ある ない)

＜その他の特記事項＞

※食事やお昼寝の際など、園生活上配慮が必要なことがある場合は
 こちらにご記入ください。

健康保険証	記号		番号	
	保険者 番号		保険者名称	
	資格取得 年月日	年 月 日		
乳幼児医療証	(負担者番号)			
	(受給者番号)			