令和8年度　年 末 保 育 個 人 カ ー ド

児童氏名	フリガナ 令和　　年　　月　　日生	男・女	保護者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	続柄
住所					
	電話				

在籍園		在籍クラス	

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（火）	時　分 ～ 時　分	朝		時間	分
		夕		時間	分
30日（水）	時　分 ～ 時　分	朝		時間	分
		夕		時間	分

緊急時送迎者連絡先（送迎は記載のある方のみの対応となります）							
①	氏名		児童との続柄	勤務先	勤務先名		
	携帯等				電話	業種	
②	氏名		児童との続柄	勤務先	勤務先名		
	携帯等				電話	業種	
③	氏名		児童との続柄	勤務先	勤務先名		
	携帯等				電話	業種	
④	氏名		児童との続柄	勤務先	勤務先名		
	携帯等				電話	業種	
⑤	氏名		児童との続柄	勤務先	勤務先名		
	携帯等				電話	業種	

保険番号	記号		番号		枝番	
	保険者番号		発行機関名称（保険者名称）		
	資格取得年月日	年　月　日			
マル乳医療証	（負担者番号）				
	（受給者番号）				

【裏面に続きます⇩】

お 子 さ ん の 様 子

給食について

当日の給食は、離乳食・ミルクの提供は行っておりません。

また、ご持参された離乳食・ミルクのお預かりも行っておりません。

■食物アレルギー対応について

個別の食物アレルギー対応(除去・代替食)はできません。献立は、卵・乳・小麦・大豆を含まない食材を使用しますが、醤油・味噌等の調味料には、これらを含むものを使用します。
また、その他の食材につきましても、除去・代替対応はできません。
食物アレルギー等で給食を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 食品名(　　) 食事の提供　□ 給食を食べる　□ お弁当持参 □ ない

与薬について

熱性けいれんの予防薬(ダイアップ座薬)および食物アレルギーの緊急時薬(エピペン注射・内服薬等)を在籍園でお預かりしているお子さんのみ対応いたします。
与薬が必要な場合は、在籍園へ提出済みの与薬依頼書等の写しを添付のうえお申込みください。
上記以外の薬の預かりはできません。

在籍園で与薬依頼していますか	□ ある □ 熱性けいれん予防薬(ダイアップ座薬) □ アレルギー緊急薬 □ ない

健康状況について

平　熱	度　　分
けいれんの有無	□ ある　　□ ない
※あるに☑された方のみご回答ください。	□ 熱性けいれん　　□ その他のけいれん 状 況　(　　) けいれん時に発 熱　□ ある　　℃　　□ ない 薬を使用しましたか　□ ある　　□ ない 最後のけいれん　令和　年　月 今までに起こした回数　回
慢性疾患	□ ある　　□ ない 疾患名 (　　)
肘内障	□ ある　　□ ない □ 右ひじ　□ 左ひじ　□ 両方 いつ頃 (　　)

生活について

排 泄	□おむつ使用　□自分でできる　□排尿のみ　□排尿・排便もできる
眼鏡の使用	□ ある　　□ ない ※ケースをご持参ください
補聴器の使用	□ ある　　□ ない
好きなおもちゃ あそび	

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をご記入ください