^{令和 7年度} 個 人 カ ー ド 年末保育

児	ふりた	かな						保 ふり	ንሊ			お子さんの様子						
童							男	護				(1)食物アレルギーについて 						
氏							· -	者	F 6			<u>食物アレルギーの対応について</u>						
名	<i></i>			뿌		<u>د، ۵</u>	女	氏 児童名 続	ieとの 柄			※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。						
	年	月	日生	歳	7.	か月		中 杭	ተነላ			(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						
住												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・						
ᇛ												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。						
所	冒	電話	<u> </u>		_													
	II	氏名			l _	勤務	先名	()	食物アレルギー (ある ない)						
婜					電話				_			ある場合 ↓						
緊急連絡	゜ 児童	児童との				携書	帯等		_	_		食品名(
	続	柄					,			,	MA4A 87							
	l B	氏名			電話	勤務	先名	()	給食を食べる・ 弁当を持参する						
先	(2)								_	_								
$\widehat{\Box}$	児童	童との			市白	携持	· 等 —			_		(2)その他のアレルギー疾患 (ある ない)						
優	続	柄									١	】 ある場合 喘息 湿疹 結膜炎 その他()						
先順	且	氏名				勤務	无名	()	める場合 情息 運移 和脵災 て以他()						
位	(3)				電					_								
• 127		を			話	携書	帯等	· 等 —		_		(3)与薬について						
	統	柄				323.		,			,							
緊急	且	氏名			電	勤務先名)							
時	4) _{頂音}	<u>童</u> との			話				_			- 与薬の対応について						
送						携青	带等 —		_		※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							
時送迎者						サア ムヤ	# 5	- A7 ()	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						
		氏名			電	劉務	b務先名 (_		_	<u> </u>		な場合は、薬をお預かりすることが可能です。						
$\overline{}$	⑤ 原音				<u>=</u> ∓	推世生						※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						
			柄			携帯等		_		_		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。							
]	現在の	通園先園名	()								
	年末保育での希望保育時間						送迎者名				からの	- 与薬依頼 (する しない)						
								-3		所要	時间	S Alleria C / O O O O O						
							朝			時間	分	薬の種類 (抗けいれん薬・・・アレルギー緊急薬)						
2	29日	時	分~	時		分	+/7			H-1 [F]	/1	薬品名 (
l '	- · H		,,	1		<i></i>	タ				分							
										時間		*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。						
		l .		_•	5]	朝			時間	分							
3	30日	時	分~	時		分	-			n+88 /\		「京本」がナナル						
							タ			時間	分	【裏面に続きます】						

		お子	さ	んの様子							
(4)慢性の疾患 (ある → ある場合 疾患名(ない))			< そ の 他 の 特 記 事 項 >						
	,		※食事やお こちらにご	る場合は							
(0) 日权 (0) 版 (1)	わるい)										
(6)平熱 (度 分)										
(7)発熱しやすい (は	はい いいえ)										
(8)下痢しやすい (は	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 部位(ごろ() 右肘 ・ 左肘)・その他()									
(11)けいれんを起こしたことだ	がある (ある ない)										
→ ある場合 熱性に	けいれん・ その他のけいれん										
状況()									
熱(有	無)										
薬の使用 (有	無)										
最後にけいれんを起こした問	時 (年月)										
今までに起こしたけいれんの	の回数 (回)				記号		番号		枝番		
(12)好きなおもちゃ ()		保険番号	保険者 番号			一 一機関名称 保険者名)			
(13)好きな遊び ()			資格取得 年月日		年	月	日		
(14)眼鏡や補聴器の使用	(眼鏡使用 ある ない)				担者番号)					
* 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)		マル乳医療	:証 (受:	給者番号)					