

個人カード

[illegible]

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。

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)		
	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)				