

個人記録表

記入日 年 月 日

(ふりがな) お子さまのお名前		男・女	生年月日	年	月	日	平熱	℃
愛称 ()			幼稚園・保育園名					
ご住所		〒		自宅電話				
				携帯電話				
緊急連絡先 (電話)		①(連絡先名)		(電話番号)		-	-	
		②(連絡先名)		(電話番号)		-	-	
かかりつけ医		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		緊急時の救急搬送先		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
保護者氏名			生年月日	続柄	性別	勤務先と電話番号		
(ふりがな)			年 月 日			(携帯)	()	
						(勤務先)	()	
(ふりがな)			年 月 日			(携帯)	()	
						(勤務先)	()	
保護者以外お迎えに来られる可能性のある方			生年月日	続柄	性別	連絡先等と電話番号		
			年 月 日			()		
			年 月 日			()		
			年 月 日			()		
《これまでの様子》								
・出生時の異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()				・出生時の体重(kg)				
・既往症(○をつけてください) 麻疹 水痘 耳下腺炎 風疹 突発性発疹				その他()				
・かかりやすい病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()				・最近かかった病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()				
《予防接種の接種状況》						《アレルギー》		
BCG <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回						<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
水痘 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回						《けいれん》		
麻疹 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回						<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
風疹 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回						家族歴 (○で囲んでください)		
おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回						親 兄弟姉妹 親族		
B型肝炎 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済						祖父母 その他()		
MR(麻疹・風疹) <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回						《特記事項》		
ロタウイルス <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回								
ヒブ <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加								
不活化ポリオ <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回								
ポリオ <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加								
肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回						ご相談されたいこと、気を付けてほしいこと等があれば記入してください。		
日本脳炎 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回								
三種混合 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1期1回 <input type="checkbox"/> 1期2回 <input type="checkbox"/> 1期3回 <input type="checkbox"/> 追加								
四種混合 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1期1回 <input type="checkbox"/> 1期2回 <input type="checkbox"/> 1期3回 <input type="checkbox"/> 追加								