

# 個人記録表

太枠内の項目についてご記入ください。

|                      |              |          |        |                                  |
|----------------------|--------------|----------|--------|----------------------------------|
|                      |              | カルテ番号    |        |                                  |
|                      |              | 登録日      |        | 平成 年 月 日                         |
| (ふりがな)<br>お子さまのお名前   | (愛称)         | 生年月日     |        | 平成 年 月 日                         |
|                      |              | 幼・保・学校名  |        | ( 歳児 )<br>年                      |
| ご住所                  | 〒            | TEL(ご自宅) |        |                                  |
|                      |              | FAX      |        |                                  |
|                      |              | 携帯電話     |        |                                  |
| 緊急ご連絡先<br>(電話)       | -            |          | (連絡先名) |                                  |
|                      | -            |          | (連絡先名) |                                  |
| かかりやすい病気<br>最近かかった病気 |              | かかりつけ医   |        |                                  |
| ご家族のお名前(ふりがな)        | 生年月日         | 続柄       | 性別     | 勤務先 または幼・保・学校名<br>(勤務先の場合はTEL番号) |
|                      | S<br>H 年 月 日 |          | 男・女    | (TEL)                            |
|                      | S<br>H 年 月 日 |          | 男・女    | (TEL)                            |
|                      | S<br>H 年 月 日 |          | 男・女    | (TEL)                            |
|                      | S<br>H 年 月 日 |          | 男・女    | (TEL)                            |
|                      | S<br>H 年 月 日 |          | 男・女    | (TEL)                            |
|                      | S<br>H 年 月 日 |          | 男・女    | (TEL)                            |

(これまでのご様子)

出生時の異常 無 有 \_\_\_\_\_

生下時体重 \_\_\_\_\_ g

既往歴(をつけて下さい) 麻疹 水痘 おたふく風邪 風疹 百日咳 突発性発疹  
その他( )

(予防接種の接種状況)

BCG 未 済

ポリオ 未 1回済 2回済

日本脳炎 未 済( 回目)

三種混合 未 1期1回 1期2回 1期3回 追加

MR(麻疹・風疹) 未 1回済 2回済 麻疹 未 済 風疹 未 済

水痘 未 済

おたふく風邪 未 済

アレルギー 無 有 \_\_\_\_\_

けいれん 無 有 はじめて オ ヲ月

平熱 \_\_\_\_\_

写真掲載について(ホームページ・資料等)

可 横顔まで可 顔が特定されなければ可 不可

