

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) 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) 年
ご住所	〒			TEL(ご自宅)	
				FAX	
				携帯電話	
緊急ご連絡先 (電話)	-			(連絡先名)	
	-			(連絡先名)	
かかりやすい病気 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 (勤務先の場合はTEL番号)	
	S H 年 月 日		男・女	(TEL)	
	S H 年 月 日		男・女	(TEL)	
	S H 年 月 日		男・女	(TEL)	
	S H 年 月 日		男・女	(TEL)	
	S H 年 月 日		男・女	(TEL)	
	S 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 3回済 追加

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

