

..個人記録表..

記入日 年 月 日

(ふりがな) お子さまのお名前	愛称( ) 男・女		生年月日	年 月 日
ご住所	〒		幼・保・学校名	
			TEL(自宅)	
			FAX	
緊急連絡先 (電話)	①	—	(連絡先名)	
	②	—	(連絡先名)	
かかりやすい病気			かかりつけ医	
最近かかった病気			緊急時の 救急搬送先	
保護者及び送迎される方	生年月日	続柄	性別	勤務先及び電話番号

《これまでのご様子》

出生時の異常  無  有 ( )

出生時の体重 ( 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 手足口病  
その他 ( ) 無

《予防接種の接種状況》

MR(麻疹・風疹)	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回
BCG	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済	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
水痘	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済	ヒブ	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回
麻疹	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済	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
風疹	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済	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
おたふく風邪	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済	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
B型肝炎	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済	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

アレルギー  無  有 ( )

けいれん  無  有 初めて( 歳 カ月) 最終( 歳 カ月)  
解熱剤/坐薬 ( °Cで使用 1回 2回)

平熱 ( °C)

ご相談されたいこと、気を付けて欲しいことなど、ご希望があればご記入下さい