

・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	平熱 °C	
			年	月	日
			幼稚園・保育園名		
ご住所	〒	自宅電話	小学校	年生	
		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	□無 □有()		緊急時の 救急搬送先	□無 □有()	
保護者氏名		生年月日	続柄	性別	
(ふりがな)		年 月 日			
				勤務先と電話番号	
(ふりがな)		年 月 日		勤務先名	
				TEL	
(ふりがな)		年 月 日		勤務先名	
				TEL	
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	
		年 月 日			
		年 月 日			
				連絡先等と電話番号	
				()	
				()	
何度以上で連絡 (°C) □有 □無					
《これまでの様子》					
・出生時の異常 □無 □有() ・出生時の体重(g)					
・既往症(○をつけてください) 突発性発疹 麻疹 水痘 耳下腺炎 風疹					
その他()					
・かかりやすい病気 □無 □有() ・最近かかった病気 □無 □有()					
《予防接種の接種状況》			《アレルギー》		
水痘 : 1回目 ・ 2回目		おたふくかぜ : 1回目 ・ 2回目		□無 □有()	
麻疹 : 1回目 ・ 2回目		MR(麻疹風疹) : 1回目 ・ 2回目		《けいれん》	
風疹 : 1回目 ・ 2回目		B型肝炎 : 1回目 ・ 2回目 ・ 3回		□無 □有	
ロタウイルス : 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目					
小児用肺炎球菌 : 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目					
ヒブ : 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目					
□5種混合 □4種混合 : 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加					
《 特記事項 》					
日本脳炎 : I 期1回 ・ 1期2回 ・ 追加 ・ II 期					
BCG : 年 月					
その他 ()					
ご相談されたいこと、気を付けてほしいことなどがあれば具体的にご記入ください。					