

..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	平熱 °C	
			生年月日	年 月 日
			幼稚園・保育園名	
ご住所	〒	学校名・学年		小学校 年生
		自宅電話		
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
				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		()
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				《特記事項》
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				
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。				