

# 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

利用年月日	月齡	病名
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	
. .	歳 カ月	

< 特記事項 >