

個人記録表



令和 年 月 日

(ふりがな) お子さまのお名前	(愛称)	性別	生年月日
		男 ・ 女	平成 年 月 日
ご住所	〒		
	自宅TEL :	携帯TEL :	
緊急ご連絡先	第1連絡先(名前)	(続柄)	TEL
	第2連絡先(名前)	(続柄)	TEL
かかりつけ医療機関	医院	TEL	
最近かかった病気			
入院したことがある	無 有 (病名)		
予防接種の接種状況	小児肺炎球菌	済 ・ 未	(最終接種日)
	ヒブ	済 ・ 未	(最終接種日)
	BCG	済 ・ 未	
	四種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)	済 ・ 未	(最終接種日)
	MR(麻疹・風疹)	済 ・ 未	
	日本脳炎	済 ・ 未	(最終接種日)
	インフルエンザ	済 ・ 未	(最終接種日)
これまでにかかった主な病気 (かかった病気に○をつけてください)	1、突発性発疹 2、はしか 3、風疹 4、水ぼうそう 5、おたふくかぜ 6、アトピー性皮膚炎 7、熱性けいれん(回数 回)(最後はいつ 年 月 日)(坐薬の指示 有 無) 8、喘息および喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ) 9、その他()		
その他、要望など	体質(薬物アレルギー等)や、癖など心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください		

