

()年度 病児・病後児保育室みかん 個人記録票

令和 年 月 日記入

記入者氏名

1. 世帯・児童の状況等

ふりがな	男	生年月日	年 月 日生
氏名	女		歳 ヶ月
自宅住所 (〒)			
自宅電話 - -			
緊急連絡先	第1連絡者	氏名	
	父・母	携帯	
	その他 ()	勤務先	勤務先電話番号
	第2連絡者	氏名	
	父・母	携帯	
	その他 ()	勤務先	勤務先電話番号
兄弟姉妹	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)
通っている園・小学校		電話番号	- -
かかりつけ医		電話番号	- -
予防接種	※予防接種は、終了したものに○を付けてください。		
	ヒブ: 1回目・2回目・3回目・4回目	肺炎球菌: 1回目・2回目・3回目・4回目	
	B型肝炎: 1回目・2回目・3回目	ロタ: 接種なし 接種あり	
	BCG: 接種なし 接種あり	4種(3種)混合: 1回目・2回目・3回目・4回目	
	MR(麻疹風疹混合): 1回目・2回目	水痘(みずぼうそう): 1回目・2回目	
	ムンプス(おたふく): 1回目・2回目	日本脳炎: 1期1回・1期2回・追加・II期	
その他()			

2. 既往歴等

既往歴	麻疹(はしか)	罹患なし	罹患あり(歳 ヶ月)	風疹	罹患なし	罹患あり(歳 ヶ月)
	水ぼうそう	罹患なし	罹患あり(歳 ヶ月)	おたふく	罹患なし	罹患あり(歳 ヶ月)
	百日咳	罹患なし	罹患あり(歳 ヶ月)	B型肝炎:	キャリアでない	キャリアである
	熱性痙攣:	初回(歳 ヶ月)	最後(歳 ヶ月)	(これまでに 回)		
	食物アレルギー:	なし	あり	※ありの場合はその食べ物と症状を詳しくご記入ください		
	その他の疾患:					
入院歴(年齢、病名などを詳しくご記入ください)						
その他	体質や癖など、配慮を要することがあればご記入ください					