

本人の紹介

記入日： 年 月 日 記入者：

ふりがな		愛称	性	生年月日				
氏名			男・女	年 月 日				
		住所	〒 ()					
			TEL ()					
		緊急連絡先	〒 ()					
			TEL	()				
順位	氏名		続柄	連絡先				
	①			()				
	②			()				
	③			()				
家族状況	氏名	生年月日	続柄	連絡先等				
アレルギー	無・有	〈内容〉						
医療的ケア	無・有	〈内容〉						
発作の有無	無・有	〈様子や対応など〉						
服薬	無・有	〈薬の種類〉	〈服薬回数、服薬方法〉 朝・昼・夕・夜・その他 ()					

※成長や状況の変化によって、2枚目、3枚目と追加してお使いください。

成 育 歴	妊娠経過：			
	出産場所：		分娩経過：	
	在胎	週	日	出生時体重
				g
				身長
				cm
			胸囲	
			cm	
			頭囲	
			cm	
発達経過：首すわり		か月	寝返り	か月
			お座り	か月
			ハイハイ	か月
つかまり立ち		か月	つたい歩き	か月
			独歩	歳
			始語	歳
				か月
健 診 歴	健診名	受診日	特記事項	
	4か月児 健康診査			
	7か月児 健康相談			
	お誕生日 健康診査			
	1歳6か月児 健康診査			
	2歳児歯科 健康診査			
	3歳児 健康診査			
既 往 歴	病名	医療機関	かかった時期	年 月
	病名	医療機関	かかった時期	年 月
	病名	医療機関	かかった時期	年 月
	病名	医療機関	かかった時期	年 月
	病名	医療機関	かかった時期	年 月
	病名	医療機関	かかった時期	年 月
	病名	医療機関	かかった時期	年 月
	病名	医療機関	かかった時期	年 月
	病名	医療機関	かかった時期	年 月
	病名	医療機関	かかった時期	年 月
予 防 接 種	BCG			
	四種混合 初回（1回・2回・3回）・追加			
	三種混合 初回（1回・2回・3回）・追加			
	不活化ポリオ 初回（1回・2回・3回）・追加			
	二種混合			
麻疹・風疹（MR） 1期・2期				
日本脳炎 1期初回（1回・2回）・1期追加・2期				

