

◆◇有病児デイケア 個人記録表◇◆

H 年 月 日 記録

フリガナ 氏名	[愛称] 男 女	生年月日	年 月 日	血液型	型
住所	〒 _____ Tel () - _____		学校 園名		
家族構成	続柄	氏名	生年月日	勤務先	連絡先
生育暦	出生時の体重 _____ g		妊娠異常 無 ・ 有 () 出産異常 無 ・ 有 ()		
	・首のすわり (月) ・寝返り (月) ・おすわり (月) ・一人歩き (月)		栄養【母乳・人工・混合】		
病歴	・突発性発疹 (歳 月) ・麻 疹 (歳 月) ・おたふくかぜ (歳 月) ・水 痘 (歳 月) ・風 疹 (歳 月) ・百 日 咳 (歳 月) ・入院 有 【 】 ・ 無		予防接種	ツ反【陰性・陽性】 BCG 三種混合【Ⅰ期(1・2・3・追加)Ⅱ期】 二種混合 麻疹 風疹 水痘 おたふくかぜ ポリオ【1回 2回】 日本脳炎	
				麻疹風疹混合ワクチン【Ⅰ期 Ⅱ期】	
体質傾向	喘息	アトピー性皮膚炎	脱臼しやすい	扁桃腺肥大	よく吐く
	アレルギー	無 ・ 有【 】			
	食事制限	無 ・ 有【 】			
	食事	好きなもの【 】	嫌いなもの【 】		
	睡眠	寝かせ方とくせ【 】			
痙攣	無 ・ 有				
薬	けいれん				
	常用している薬と使用時間 (痙攣 止め等)				
何で当園を知りましたか？				その他	