

◆◇有病児デイケア

個人記録表◇◆

年 月 日 記録

フリガナ				生年月日	年 月 日	血液型	型
氏名	[愛称] 男 女			生年月日	年 月 日	血液型	型
住所	〒 _____ Tel ( ) - _____			学校園名	保育園 認定こども園 幼稚園 小学校		
家族構成	続柄	氏名	生年月日	勤務先		連絡先	
生育歴	・首のすわり ( 月)			妊娠異常 無・有 ( )			
	・寝返り ( 月)			出産異常 無・有 ( )			
	・おすわり ( 月)			出生時の体重 _____ g			
病歴	・一人歩き ( 月)			栄養【母乳・人工・混合】			
	・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	定期	( ) 種混合【I期(1・2・3・追加)】 ポリオ【I期(1・2・3・追加)】 日本脳炎【I期(1・2・3・追加)】 小児用肺炎球菌【I期(1・2・3・追加)】 ヒブ【I期(1・2・3・追加)】 B型肝炎【1・2・3】 HPV【1・2・3】 MR(麻疹風疹混合)【1・2】 水痘【1・2】 BCG	
薬	・入院有【 _____ 】・無			任意	A型肝炎【1・2・3】 ロタウイルス【1価・5価】 おたふくかぜ【1・2】 髄膜炎菌		
	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 食物アレルギー 無・有【 _____ 】 除去食 無・有【 _____ 】 食事 好きなもの【 _____ 】 嫌いなもの【 _____ 】 睡眠 寝かせ方とくせ【 _____ 】 けいれん 無・有【いつ頃 _____ 】					
薬	薬アレルギー 無・有【 _____ 】 慢性疾患(喘息・てんかん・痙攣等) 内服中の薬 無・有【 _____ 】						
その他							
何で当園を知りましたか？ 1. HP 2. 保育園など 3. 知人 4. 兄弟利用 5. 近所 6. その他 ( )							