

個人記録票

令和 年 月 日現在

ふりがな			生年月日 R・H	年	月	日
児童氏名			男・女	年齢	歳	か月
通園・通学先						
かかりつけ医						
保護者氏名					続柄	
住所						

◆緊急連絡先 ①から順に連絡します。

①氏名	続柄	携帯
勤務先	電話	
②氏名	続柄	携帯
勤務先	電話	

◆予防接種 接種済に☑を記入(面談時に母子手帳で接種状況の確認をします)

B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	BCG	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
ヒブ	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目	MR	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目	水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
4種混合	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目	ロタ(1価)	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目	ロタ(5価)	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回
		おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目

◆既往歴

麻疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳	か月	水痘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳	か月
風疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳	か月	おたふく	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳	か月
百日咳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳	か月	B型肝炎	<input type="checkbox"/> キャリア <input type="checkbox"/> キャリアでない		
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり初回： 歳 か月 最終： 歳 か月						
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：頓服薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬：) 種類： 症状：						

◆その他 癖や体質、気になることなど記入

--

昼寝	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 時頃～ 時間程度）		
排泄状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレトレーニング <input type="checkbox"/> おむつ	排泄サイン	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	排便	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 1日おき <input type="checkbox"/> 便秘	排尿 回/日
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
好き嫌い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（食材： ）		
好きなあそび			
好きな キャラクター			
性格		愛称	

◆2歳未満のお子さんは記入してください

授乳	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合栄養（回数： 回/日 量： mL/回）
食事	<input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 離乳食（ <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了期）
水分摂取方法	<input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> マグ <input type="checkbox"/> コップ
成長発達	<input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> 座位保持 <input type="checkbox"/> はいはい <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> ひとりで歩く（現在の発達段階に☑してください）
睡眠	<input type="checkbox"/> 午前寝（ : ~ : ） <input type="checkbox"/> 午睡（ : ~ : ）
寝つき方	<input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> うつぶせ寝 <input type="checkbox"/> あお向け <input type="checkbox"/> その他（ ）
寝つきの癖	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）

変更があった際は、お知らせください。