

こどもディケアセンター記録表

(年 月 日記録)

フリガナ						
氏名	(男 ・ 女)		生年月日	平成 年 月 日		
保護者名			所属 学校名			
緊急 連絡 先	①氏名	続柄 ()	連絡先	(携帯・職場)		
	②氏名	続柄 ()	連絡先	(携帯・職場)		
	③氏名	続柄 ()	連絡先	(携帯・職場)		
既往 歴	麻疹(はしか) ・ 風しん ・ みずぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 百日咳 ・ 手足口病 その他 ()					
予 防 接 種	BCG	未 ・ 済	4種混合	1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加		
	ヒブ	1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回	DPT	1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加		
	肺炎球菌	1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回	ポリオ (生ワクチン)	1回 ・ 2回	ポリオ (不活化)	1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
	B型肝炎	1回 ・ 2回 ・ 3回	MR (麻疹・風しん)	1期 ・ 2期		
	みずぼうそう	1回 ・ 2回	日本脳炎	1回 ・ 2回 ・ 追加 ・ 2期		
	おたふくかぜ	未 ・ 済	その他			
* ひきつけ 無 ・ 有 才ごろ 回 《 無熱 ・ 有熱 》 * アレルギー 無 ・ 有 《食べ物 》 《薬 》 《その他 》 * 除去食 無 ・ 有 《 : 加工品も 除く ・ 除かない 》 * 喘息 無 ・ 有 《 才ごろから : 発作の程度 》 * アトピー性皮膚炎 無 ・ 有						
☆ご家族から伝えたいこと☆ お子様の特徴、くせ、性格等、またこどもディケアセンターに伝えたいことがあればご記入ください。						