利用者個人ファイル

記入日　令和　　年　　月　　日

登録児	ふりがな 利用児氏名	愛称	性別	生年月日	
			男・女	平成 令和　　年　　月　　日	
	住所	〒　　－　　自宅 TEL　　－			
	在園(校)名		かかりつけ医		
	兄弟姉妹	才（男･女）・　　才（男･女）・　　才（男･女）			
保護者	父氏名		携帯	勤務先（　　） TEL	
	母氏名		携帯	勤務先（　　） TEL	
緊急時連絡先	優先１ TEL	父・母・（　　） 携帯・職場・自宅・（　　）			
	優先２ TEL	父・母・（　　） 携帯・職場・自宅・（　　）			
	優先３ TEL	父・母・（　　） 携帯・職場・自宅・（　　）			
出生時の状況	異常　（有・無）体重　　グラム		発育・発達	普通・遅れ気味・わからない	
予防接種	四種混合	受けていない・受けた　（Ⅰ期１回・２回・３回・Ⅰ期追加）			
	BCG	受けていない・受けた	ポリオ	受けていない・受けた	
	麻疹	受けていない・受けた	風疹	受けていない・受けた	
	水痘	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けていない・受けた	

これまでにかかった主な感染症・病気　～かかった病気に〇をつける。

１．突発性発疹　２．麻疹（はしか）３．風疹　４．水痘（みずぼうそう）５．おたふくかぜ
６．熱性けいれん　７．その他（　　）

これまでに入院・手術の経験	ある・ない
ある場合　病名（　　）　才　ヶ月頃	
その他	