

mai·chai·mai お子様カルテ

記入日 年 月 日

(ふりがな) お子様お名前	男・女	ご生年月日	西暦	年	月	日生
ニックネーム	登園 登校先 について	登園登校先 住所 TEL				

保護者		父		保護者		母	
ふりがな		ふりがな		ふりがな		ふりがな	
氏名		氏名		氏名		氏名	
TEL		TEL		TEL		TEL	
メールアドレス		メールアドレス		メールアドレス		メールアドレス	
住所	〒		ご自宅 最寄駅		線	駅	出口 改札
自宅TEL					徒歩・バス		分
ご兄弟 (本人 除く)		ふりがな お名前	男・女	生年月日	西暦	年 月 日	
		ふりがな お名前	男・女	生年月日	西暦	年 月 日	
		ふりがな お名前	男・女	生年月日	西暦	年 月 日	
福利 厚生	種類		種類		ご自宅地図 (最寄駅やバス停、目印をご記入ください)		
	番号		番号		駐車場： 有・無 駐輪場： 有・無		
ペット	無・有 ()		避難場所				

出生時の様子	自然分娩・帝王切開・その他 ()		週数	週	日	体重	g	身長	cm		
発達	首のすわり	ヶ月	寝返り	ヶ月	おすわり	ヶ月	はいはい	ヶ月	才	ヶ月	
	つかまり立ち	ヶ月	伝い歩き	ヶ月	一人歩き	ヶ月	その他	ヶ月	※その時の様子		
予防 接種	B型肝炎 1回・2回・3回 <input type="checkbox"/> 無		ヒブ 1回・2回・3回 <input type="checkbox"/> 無		突発性 発疹						
	四種混合 1回・2回・3回・4回 <input type="checkbox"/> 無		三種混合 1回・2回・3回・4回 <input type="checkbox"/> 無								
	不活化ポリオ 1回・2回・3回・4回 <input type="checkbox"/> 無		生ポリオ 1回・2回 <input type="checkbox"/> 無		既往歴						
	BCG 1回 <input type="checkbox"/> 無		MR (麻しん・風疹) 1回・2回 <input type="checkbox"/> 無							水痘 1回・2回 <input type="checkbox"/> 無	
	日本脳炎 1回・2回・3回 <input type="checkbox"/> 無		ロタ 1価：1回・2回 / 5価：1回・2回・3回 <input type="checkbox"/> 無								
おたふく 1回・2回 <input type="checkbox"/> 無		インフルエンザ (一番最近受けたもの) 1回・2回 <input type="checkbox"/> 無		熱性 けいれん							
アレルギー		無・有 ※内容、注意する事									