

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	登園先 登校先	登園登校先 住所 TEL				

保護者		父		保護者		母	
ふりがな				ふりがな			
氏名				氏名			
TEL				TEL			
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 徒歩・バス 分	
自宅TEL				バス停名		徒歩 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			
福利 厚生 ※○をし てくださ い	種類	・ベネフィット ・リソライフサポート ・welbox ・リロクラブ		種類	・ベネフィット ・リソライフサポート ・welbox ・リロクラブ		
	番号			番号			
内閣府派遣事業割引券		番号		ペット		無・有(種類)	
				駐車場:		有・無	
				駐輪場:		有・無	
避難場所							

出生時の様子	自然分娩・帝王切開・その他()		週数	週	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
	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
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						