

本人の紹介

記入日： 年 月 日 記入者：

ふりがな		愛称	性	生年月日				
氏名			男・女	年 月 日				
 <p>©伊勢原市</p>		住所	〒 ()					
			TEL	〒 ()				
		緊急連絡先		TEL	〒 ()			
			順位	氏名	続柄	連絡先		
①				()				
②			()					
③			()					
家族状況	氏名	生年月日	続柄	連絡先等	氏名	生年月日	続柄	連絡先等
アレルギー	無・有	〈内容〉						
医療的ケア	無・有	〈内容〉						
発作の有無	無・有	〈様子や対応など〉						
服薬	無・有	〈薬の種類〉	〈服薬回数、服薬方法〉 朝・昼・夕・夜・その他 ()					

※成長や状況の変化によって、2枚目、3枚目と追加してお使いください。

	妊娠経過：							
	出産場所：	分娩経過：						
	在胎 週 日	・ 出生時体重 g	・ 身長 cm	・ 胸囲 cm	・ 頭囲 cm			
	発達経過：首すわり	か月	・ 寝返り	か月	・ お座り	か月	・ ハイハイ	か月
	つかまり立ち	か月	・ つたい歩き	か月	・ 独歩	歳	・ 始語	歳
成 育 歴	健 診 歴	健診名	受診日	特記事項				
		4か月児 健康診査						
		7か月児 健康相談						
		お誕生日 健康診査						
		1歳6か月児 健康診査						
		2歳児歯科 健康診査						
		3歳児 健康診査						
既 往 歴	病名	医療機関	かかった時期	年	月			
	病名	医療機関	かかった時期	年	月			
	病名	医療機関	かかった時期	年	月			
	病名	医療機関	かかった時期	年	月			
	病名	医療機関	かかった時期	年	月			
	病名	医療機関	かかった時期	年	月			
	病名	医療機関	かかった時期	年	月			
	病名	医療機関	かかった時期	年	月			
	病名	医療機関	かかった時期	年	月			
予 防 接 種	BCG							
	四種混合 初回（1回・2回・3回）・追加							
	三種混合 初回（1回・2回・3回）・追加							
	不活化ポリオ 初回（1回・2回・3回）・追加							
	二種混合 麻疹・風疹（MR） 1期・2期 日本脳炎 1期初回（1回・2回）・1期追加・2期							

