

デイケア個人記録 ～令和 年度

記入日： 年 月 日

児童名	ふりがな	男	平成	年	月	日生
		女	令和	年	月	日生
住所	TEL					
緊急連絡先	TEL					
	TEL					
かかりつけの病院						

◎予防接種

<生ワクチン> BCG MR (麻しん、風しん混合) 水痘 おたふく ロタリックス

<不活化ワクチン>

ポリオ (1回、2回、3回) 三種混合 (1回、2回、3回、追加) 四種混合 (1回、2回、3回、追加)

H i b (インフルエンザ菌B型) (1回、2回、3回、追加)

肺炎球菌 (7価結合型) (1回、2回、3回、追加) 日本脳炎 (1回、2回、追加)

インフルエンザ R 年 (1回、2回) R 年 (1回、2回) R 年 (1回、2回)

◎既往歴

麻しん、水痘、おたふく、風しん、手足口病、りんご病、百日咳、肺炎、中耳炎、気管支喘息、ロタウイルス
溶連菌感染症、熱性けいれん、アトピー性皮膚炎、じんましん、突発性発疹、その他 ()

◎生活状況

	1か月～4か月	5か月～8か月	9か月～1歳	2歳以上
食事	ミルク 母乳 乳首 S M クロス 時間毎 ml	ミルク 母乳 時間毎 ml 離乳食 (初・中・後) 期 完了期	ミルク 母乳 時間毎 ml 離乳食 (初・中・後) 期 完了期・幼児食	量 (多・少) 好きなもの 嫌いなもの
	アレルギーの有無 なし あり ()	アレルギーの有無 なし あり ()	アレルギーの有無 なし あり ()	アレルギーの有無 なし あり ()
睡眠	抱っこ おんぶ 添い寝 他 ()	昼寝 ～ 抱っこ おんぶ 添い寝 他 ()	昼寝 ～ 抱っこ おんぶ 添い寝 他 ()	昼寝 ～ 抱っこ おんぶ 添い寝 他 ()
				おむつ トイレ
記	/	/	/	/

※ご記入いただいた個人情報はお子様の保育のため以外には使用することはありません。