個人面接票

面接日　　年　　月　　日　　面接者（　　）

登録No.	

フリガナ		男　・　女	年　　月　　日生
児童氏名			歳　　か月

①既往歴（今までにかかられた病気に○をしてください。）

麻疹　　百日咳　　水ぼうそう　　おたふく風邪　　風疹　　突発性発疹　　川崎病

溶連菌感染症　　手足口病　　伝染性紅斑　　腎臓病　　心臓病　　結核

その他（　　）

②乳幼児健康診査（健診結果を御記入ください。）

	４か月児健康診査	１歳６か月児健康診査	３歳６か月児健康診査
受診状況	受けた　・　受けてない	受けた　・　受けてない	受けた　・　受けてない
特記事項			

③アレルギー等（該当するものに○をつけ、必要事項を御記入ください。）

食物アレルギーなど	脱臼（脱臼した部位があれば記入）	平熱
無 有（　　）		℃

※特記事項