

1-3 プロフィール



ふりがな	男 ・ 女	生年月日
氏 名	血液型 型	年 月 日
住 所	電 話	
	携帯電話	
転居先 (転居した際に 記入します)	電 話	
	携帯電話	
家族構成図 <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 父 ———— <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 </div>	父の名前	
	母の名前	
	きょうだいの名前	
	きょうだいの名前	
	_____の名前	
かかわる人に知ってほしいこと（例:大きな音が苦手・車が好きなど） （7-2「預けるときに」というページにも詳しく記載できます）		



プロフィール



かかりつけ医・受診の記録

詳細は6-1 医療の記録に記入ください

かかりつけ医療機関名	通院開始日 (歳) 年 月 日	連絡先 ☎ メモ
主治医名	治療完了日 年 月 日	
かかりつけ医療機関名	通院開始日 (歳) 年 月 日	連絡先 ☎ メモ
主治医名	治療完了日 年 月 日	
かかりつけ医療機関名	通院開始日 (歳) 年 月 日	連絡先 ☎ メモ
主治医名	治療完了日 年 月 日	
かかりつけ医療機関名	通院開始日 (歳) 年 月 日	連絡先 ☎ メモ
主治医名	治療完了日 年 月 日	
食べ物のアレルギー		
薬のアレルギー（副作用など）		
その他（特異体質など）		