

出産時の状況		第 子	父 母	歳 歳	妊娠週 (週)	児 童 名
生 育 歴	妊 娠	正常 ・ 妊娠中毒 ・ 骨盤位 ・ その他 ()				
	分 娩	安産 ・ 難産 ・ その他 ()				
	出 生	正常 ・ 仮死 ・ 黄疸 (普通 ・ 強い) 保育器使用 (日間) 体重 (g) 身長 (cm) 頭囲 (cm)				
	栄 養	2ヶ月までの栄養 (母乳 ・ 混合 ・ 人工) 哺乳時間 (規則 ・ 不規則)				
		離 乳	開始 おかゆ、パン粥などを食べ始めた時 (月)			
		完了 普通食が食べられるようになった時 (歳 月)				
発 達	首のすわり (月) 寝返り (月) 発歯 (月) 這いはじめ (月) 歩行 (月) 発語 (月)					
家 庭 に お け る 状 況	睡 眠	夜 時 から 時 まで	寝 つ き		早い ひとりで寝る 熟睡する	
		昼寝 時 から 時 まで			遅い 添い寝がいる 眠りが浅い	
	排 泄	小便	便所で (する ・ しらない) ひとりで (できる ・ できない) 間隔が (普通 ・ 近い)			
		大便	便所で (する ・ しらない) ひとりで後始末が (できる ・ できない) 1日の回数 (回)			
	発育状態	良好 ・ 病弱 ()				
体 質 ・ 癖	<input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> チック <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 爪かみ <input type="checkbox"/> 布かみ <input type="checkbox"/> 脱臼 (部位) <input type="checkbox"/> 眼の病気 () <input type="checkbox"/> 耳の病気 () <input type="checkbox"/> その他 ()					
食 事	・アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 離乳食前であるため不明 ・偏 食 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 離乳食前であるため不明					
病 気 の 記 録	これまでかかった病気に☑をつけ、[]に年齢を記入してください。 <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) [歳 月] <input type="checkbox"/> 風疹 (三日ばしか) [歳 月] <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) [歳 月] <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 [歳 月] <input type="checkbox"/> 熱性けいれん [歳 月] <input type="checkbox"/> 無熱性けいれん [歳 月] <input type="checkbox"/> 突発性発疹 [歳 月] <input type="checkbox"/> 小児ぜんそく [歳 月] <input type="checkbox"/> その他大きな病気やケガ []					
予 防 接 種	これまで受けた予防接種に○をつけてください。 四種混合 (ジフテリア ・ 百日咳 ・ 破傷風 ・ 不活化ポリオ) 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 1期追加 インフルエンザ菌b型 (Hib) 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 B C G 接種済 ・ 未接種 小 児 用 肺 炎 球 菌 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 麻しん ・ 風しん 1期 ・ 2期 日 本 脳 炎 1回 ・ 2回 ・ 1期追加 ・ 2期 ロタウイルス 1回 ・ 2回 ・ 3回 B 型 肝 炎 1回 ・ 2回 ・ 3回 水 痘 1回 ・ 2回					
1歳児半健診	<input type="checkbox"/> 受診済 ・ 助言された事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
3歳児健診	<input type="checkbox"/> 受診済 ・ 助言された事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
健康 ・ 発達面で心配なことがありましたらご記入ください。						