家庭調書

※母子健康手帳を参考に記入してください。

記入日	令和　　年　　月　　日		血液型　　型・RH（＋）（－）	平熱　　度	
ふりがな		性別			
児童名		男・女	保険証	社会保険　・　国民健康保険 その他（　　）	
生年月日	令和　　年　　月　　日			記号（　　）番号（　　）	
保護者氏名				自　　宅	
				携帯（　）	
住　所				携帯（　）	

家族状況（対象児童以外）		氏名	児童との続柄	生年月日	勤務先・通学（園）先等	勤務先の電話番号
	1			大・昭 平・令　　・　・		
	2			大・昭 平・令　　・　・		
	3			大・昭 平・令　　・　・		
	4			大・昭 平・令　　・　・		
	5			大・昭 平・令　　・　・		
	6			大・昭 平・令　　・　・		

送迎する人及び到着時間	送って来る人	到着時間	迎えに来る人	到着時間	土曜日	迎えに来る人	到着時間
		時　分		時　分			時　分

通所順路図	かかりつけの医療機関名	
家庭から施設まで　約　　m	内科	TEL（　）
通所に要する時間　約　　分	外科	TEL（　）
	歯科	TEL（　）
	緊急連絡先	
	1	氏名　　続柄（　）
		携帯・自宅・勤務先・（　）
		TEL
	2	氏名　　続柄（　）
		携帯・自宅・勤務先・（　）
		TEL
	3	氏名　　続柄（　）
		携帯・自宅・勤務先・（　）
		TEL

いつも通る道を**赤線で記入**し、目標を記入してください。

順路図を印刷する場合は、枠内に収まる大きさに調整し、剥がれないようにしっかりと貼り付けてください。

R8.10

出産時の状況	第　　子	父　　歳 母　　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（　　ケ月）
			完了　普通食が食べられるようになった時（　　歳　　ケ月）
	発達	首のすわり（　　ケ月）　寝返り（　　ケ月）　発歯（　　ケ月） 這いはじめ（　　ケ月）　歩行 （　　ケ月）　発語（　　ケ月）	

家庭における状況	睡眠	夜　　時から　　時まで 昼寝　　時から　　時まで	寝つき	早い　ひとりで寝る　熟睡する 遅い　添い寝がいる　眠りが浅い
	排泄	小便	便所で（する・しない）　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	□便秘 □下痢しやすい □風邪をひきやすい □かぶれやすい □鼻血が出やすい □吃音 □チック □指しゃぶり □爪かみ □布かみ □脱臼（ 部位　　） □眼の病気（　　）□耳の病気（　　）□その他（　　）		

食事	・アレルギー □無 □有（　　）□離乳食前であるため不明 ・偏　　食 □無 □有（　　）□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☑を付け、〔　　〕に年齢を記入してください。 □麻疹（はしか）〔　　歳　　ヶ月〕　□風疹（三日ばしか）〔　　歳　　ヶ月〕 □水痘（水ぼうそう）〔　　歳　　ヶ月〕　□流行性耳下腺炎　〔　　歳　　ヶ月〕 □熱性けいれん　〔　　歳　　ヶ月〕　□無熱性けいれん　〔　　歳　　ヶ月〕 □突発性発疹　〔　　歳　　ヶ月〕　□小児ぜんそく　〔　　歳　　ヶ月〕 □その他大きな病気やケガ〔　　〕

予防接種	これまでに受けた予防接種に○を付けてください。			
	５種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・Hib）	１回 ・ ２回 ・ ３回 ・ １期追加	RS ウイルス	接種済 ・ 未接種
	４種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）	１回 ・ ２回 ・ ３回 ・ １期追加	ＢＣＧ	接種済 ・ 未接種
	インフルエンザ菌ｂ型（Ｈｉｂ）	１回 ・ ２回 ・ ３回 ・ 追加	麻しん・風しん	１期 ・ ２期
	小児肺炎球菌	１回 ・ ２回 ・ ３回 ・ 追加	ロタウイルス	１回 ・ ２回 ・３回
	日本脳炎	１回 ・ ２回 ・ １期追加 ・ ２期	水痘	１回 ・ ２回
	Ｂ型肝炎	１回 ・ ２回 ・ ３回	おたふくかぜ	１回 ・ ２回

１歳半健診	□受診済　・助言された事項　□無　□有（　　）
３歳児健診	□受診済　・助言された事項　□無　□有（　　）

健康・発達面で心配なことがありましたら記入してください。	

R8.10