

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	平成・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	氏名	児童との続柄	生年月日	勤務先・通学(園)先等	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	時間	迎えに来る人	時間	土曜日
		時 分		時 分	
通所 順路 図	家庭から保育所まで 約 m		かかりつけの医療機関名		
	通所に要する時間 約 分		内科	Tel()	
			外科	Tel()	
			歯科	Tel()	
	緊急連絡先				
			氏名	続柄()	
			1 携帯・自宅・勤務先・()		
			Tel		
			氏名	続柄()	
			2 携帯・自宅・勤務先・()		
		Tel			
		氏名	続柄()		
		3 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。					

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)																				
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																				
	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	<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☑を付け、 [] 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○を付けてください。 <table border="1"> <tr> <td>四種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ)</td> <td>1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 1期追加 ※五種混合を接種の場合は四種混合とHibに○</td> <td>B C G</td> <td>接種済 ・ 未接種</td> </tr> <tr> <td>インフルエンザ菌b型(Hib)</td> <td>1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加</td> <td>麻しん・風しん</td> <td>1期 ・ 2期</td> </tr> <tr> <td>小児肺炎球菌</td> <td>1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加</td> <td>ロタウイルス</td> <td>1回 ・ 2回 ・ 3回</td> </tr> <tr> <td>日 本 脳 炎</td> <td>1回 ・ 2回 ・ 1期追加 ・ 2期</td> <td>水 痘</td> <td>1回 ・ 2回</td> </tr> <tr> <td>B 型 肝 炎</td> <td>1回 ・ 2回 ・ 3回</td> <td>おたふくかぜ</td> <td>1回 ・ 2回</td> </tr> </table>							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 ※五種混合を接種の場合は四種混合とHibに○	B C G	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
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 ※五種混合を接種の場合は四種混合とHibに○	B C G	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歳児半健診	☐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。																											