

家庭調書

※母子健康手帳を参考に記入してください。

ふりがな		性別	血液型	型・RH (+) (-)	平熱	度	
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	迎えに来る人	時間
		時 分		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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 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(H i b) 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記入してください。							