

ふりがな 児童氏名		生年月日 年 月 日(歳児) 性別 男・女
住所	(自宅 ☎)	
保護者	父) 氏名 (勤務先 携帯 ☎)	
	母) 氏名 (勤務先 携帯 ☎)	

★出生時、乳児期の状況

出生時・母親の年齢 歳 ・妊娠期間 週 第 子 妊娠中の病気()
分娩(安産 ・ 難産 ・ 帝王切開 ・ 吸引分娩 ・ 仮死状態) (早産 週 日 ・ 保育器 日)
出生時 身長(cm) 体重(g) 頭囲(cm) 黄疸(あり ・ なし)
栄養法(母乳 ・ 人工 ・ 混合) 首の座り(ヶ月) 寝返り(ヶ月)
お座り(ヶ月) はいはい(ヶ月) 歩き始め(ヶ月) 人見知り(した ・ しない)
ことばの言い始め(ヶ月) 離乳完了(ヶ月) 歯の生え始め(ヶ月)

★既往症(かかった年月を記入)

感染症	突発性発しん	水痘	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	麻しん	風しん	百日咳	その他かかった病気・感染症
年月日							
(有・無、どちらかに○をしてください。有の場合、初発の年月日を記入、該当するものに○を付けてください)							
☆けいれんをおこした	有 (年 月)	無					
☆関節がはずれた	有 (年 月)	無					
☆アレルギー体質	有 (年 月)	(気管支喘息 ・ 鼻炎 ・ アレルギー性結膜炎 ・ アトピー性皮膚炎) ・ 無					
☆持病	有 (病名)	無					
☆身体障がい者手帳、療育手帳	有 ()	無					

★生活の様子

食 事	* 牛乳を飲みますか 飲む ・ 飲まない	
	* 好き嫌いはありますか ある (苦手なもの) ・ ない	
食 事	* 朝食について 食べる ・ 食べない ・ 時々食べる	
	* 自分で食べていますか 食べさせてもらう ・ 自分で食べる(手づかみ ・ スプーン ・ はし)	
	* 時間はどれくらいかかりますか (分位)	
食 事	* 食べ物でアレルギー症状(発疹等)がでたことがありますか ある (年 月頃 食品名) ・ ない (アレルギー症状がでた時、受診されましたか はい ・ いいえ)	
	* オムツを使用していますか していない ・ している(紙・布) ・ 寝るとき	
排 泄	* 排尿は もらった後知らせる ・ したくなると知らせる ・ 一人で行く	睡 眠
	* 排便は 毎日(朝 ・ 昼 ・ 夜) ・ 不規則	* 夜は何時に眠りますか 午後 時 分頃
排 泄	* 排便の後始末は 出来る ・ 出来ない	* 朝は何時に起きますか 午前 時 分頃
	* 夜尿は する ・ しない ・ 時々する	* 昼寝は しない ・ する (時間)
		* 寝つきは よい ・ わるい
		* 寝る時のクセ()
お子さんの発達面で気になることがあればお書きください		