

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	睡 眠
*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	*夜は何時に眠りますか 午後 時 分頃	
排 泄	*排便は 毎日(朝 ・ 昼 ・ 夜) ・ 不規則	*朝は何時に起きますか 午前 時 分頃
	*排便の後始末は 出来る ・ 出来ない	*昼寝は しない ・ する ( 時間 )
排 泄	*夜尿は する ・ しない ・ 時々する	*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		