



生育歴

児童氏名 ( )

| 出生時（全員記入）                                                                                                                                                                                                                                    | 乳児期（0～2歳児クラスのみ記入）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 幼児期（3歳児クラス以上のみ記入）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>胎在期間（妊娠第 週）</li> <li>体重（ g）</li> <li>身長（ cm）</li> <li>頭囲（ cm）</li> <li>胸囲（ cm）</li> <li>分娩の状況（正常分娩・帝王切開・その他）</li> <li>出生児の状況（元気・衰弱・仮死）</li> <li>保育器の使用（無・有 日）</li> <li>黄疸症状（重症・やや強い・ほとんど無）</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>栄養（母乳、人乳、混合）</li> <li>首のすわり（ か月）</li> <li>離乳食開始（ か月）</li> <li>寝返り（ か月）</li> <li>おすわり（ か月）</li> <li>ハイハイ（ 才 か月）</li> <li>歩き始め（ 才 か月）</li> <li>話し始め（ 才 か月）</li> <li>離乳食完了（ 才 か月）</li> </ul> <p>※以下は該当する項目に☑をつけてください</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>ひとり歩きができる</li> <li><input type="checkbox"/>後ろから名前を呼ばれて振り向く</li> <li><input type="checkbox"/>目を合わせて話を聞く</li> </ul> | <p>※該当する項目に☑をつけてください</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>衣類の着脱を一人でできる</li> <li><input type="checkbox"/>自分の名前がいえる</li> <li><input type="checkbox"/>落ち着いて話を聞くことができる</li> <li><input type="checkbox"/>二語文「わんわんきた」等が話せる</li> <li><input type="checkbox"/>一人で階段が登れる</li> <li><input type="checkbox"/>簡単な指示「ごみすて」等ができる</li> <li><input type="checkbox"/>スプーン・フォークでご飯を食べる</li> <li><input type="checkbox"/>はしを使ってご飯を食べる</li> <li><input type="checkbox"/>トイレに行って一人で排泄できる</li> <li><input type="checkbox"/>おもむつを常に使用している</li> <li><input type="checkbox"/>理由なく奇声を出すことがある</li> <li><input type="checkbox"/>危ないものや場所がわかる</li> <li><input type="checkbox"/>同年代の子とかかわって遊べる</li> </ul> |

|   |                                                                                                                                                                                                                |       |                                                                      |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------|
| 医 | アレルギー                                                                                                                                                                                                          | 無・有   | (鶏卵・牛乳・小麦・大豆・その他 )<br>(ダニ・ハウスダスト・花粉・その他 )<br>治療(無・飲み薬・塗り薬・食事制限・その他 ) |
|   | 家族(父・母・兄弟姉妹)のアレルギー状況                                                                                                                                                                                           | 無・有   | 該当者(父・母・兄弟姉妹)具体的な症状( )<br>該当者(父・母・兄弟姉妹)具体的な症状( )                     |
|   | ひきつけ、けいれん                                                                                                                                                                                                      | 無・有   | (1回目 才 か月) その後( 回)<br>(熱 度 回) (無熱性 回)                                |
|   | てんかん                                                                                                                                                                                                           | 無・有   | (状態 )<br>(服薬開始 才 か月・1日 回使用中)                                         |
| 療 | 既往歴<br>肝炎・川崎病・ぜんそく・ヘルニア(場所 )・肘内障・肺炎・中耳炎<br>心臓疾患(不整脈・肥大・雑音・弁膜症・先天性 )<br>その他( )                                                                                                                                  |       |                                                                      |
|   | 予防接種歴(接種済みのものに○をつけてください)<br>・ヒブ(1回目、2回目、3回目、4回目) ・肺炎球菌(1回目、2回目、3回目、4回目)<br>・B型肝炎(1回目、2回目、3回目) ・四種混合(1回目、2回目、3回目、4回目)<br>・BCG ・麻しん風しん混合(1回目、2回目) ・みずぼうそう(1回目、2回目)<br>・日本脳炎(1回目、2回目、3回目) ・ロタ(1回目、2回目)<br>・その他( ) |       |                                                                      |
| 歴 | 乳幼児健診の状況(直近3回分)                                                                                                                                                                                                |       |                                                                      |
|   |                                                                                                                                                                                                                | 助言指導  | 助言指導が有の場合、その内容                                                       |
|   | ( )歳( )か月健診                                                                                                                                                                                                    | 無 ・ 有 |                                                                      |
|   | ( )歳( )か月健診                                                                                                                                                                                                    | 無 ・ 有 |                                                                      |
|   | ( )歳( )か月健診                                                                                                                                                                                                    | 無 ・ 有 |                                                                      |