

氏名	愛称()	男女	生年月日 令和 年 月 日	平熱 . °C	集団生活の経験 あり・なし
健診	1か月健診 受けた ・ 受けない [指導: なし・あり ()]				
	4か月健診 受けた ・ 受けない [指導: なし・あり ()]				
	6~10か月健診 受けた ・ 受けない [指導: なし・あり ()]				
病気・体調	1. 新生児期に異常がありましたか いいえ ・ はい (内容:)				
	2. 今までに大きい病気やけがはありますか。 いいえ ・ はい (内容:)				
発達	3. 予防接種は受けていますか。 いいえ ・ はい (BCG・四混・麻疹・風疹・ヒブ・肺炎球菌・水痘)				
	4. かかりやすい病気・けが及び体質・持病等がありますか。(該当番号に○印) ①扁桃腺が腫れやすい ②中耳炎にかかりやすい ③鼻血が出やすい ④吐きやすい ⑤下痢しやすい ⑥便秘がち ⑦喘息がしやすい ⑧化膿しやすい ⑨熱が出やすい ⑩脱臼しやすい ⑪湿疹 ⑫ひきつけたことがある(いつ頃:) ⑬アレルギー(食物↓・アトピー・鼻炎・その他) ⑭その他() 牛乳・卵・大豆・その他()				
栄養	1. あやすと声を出したり 笑ったりしますか。 いいえ ・ はい				
	2. 首がすわりましたか。 いいえ ・ はい (生後 月頃から)				
	3. 寝返りをしますか。 いいえ ・ はい (生後 月頃から)				
	4. 手を伸ばしておもちゃなどの物をつかみますか。 いいえ ・ はい				
	5. おかあさんの目を見つめたり 追ったりしますか。 いいえ ・ はい				
	6. 支え無しでおすわりをしますか。 いいえ ・ はい				
	7. 人見知りをしますか。 いいえ ・ はい				
	8. はいはいをしますか。 いいえ ・ はい				
	9. つかまり立ちができますか。 いいえ ・ はい				
	10. つたい歩きができますか。 いいえ ・ はい				
排泄	1. 回数 母乳 回(時間)・ミルク cc× 回(時間)				主な養育者:昼()夜()
	2. 離乳食は始まりましたか。 いいえ ・ はい (1日 回) <はいの方> a.離乳食をよく食べますか。 いいえ ・ はい b.どんなものをあげていますか。おかゆ・卵・魚・肉・大豆製品・野菜・乳製品・その他() c.手づかみ食べしますか。 はい ・ いいえ d.食べさせ方: 抱っこ ・ 座る〔椅子 ・ バンボ ・ その他()〕 e.コップで飲みますか はい ・ いいえ〔 マグ ・ ストロー ・ その他()〕				
	1. 時間 午前: 時~ 時頃 午後: 時~ 時頃 夜間: 時~ 時頃				その他、心配していること等
	2. 寝かせ方 添い寝 ・ 抱っこ ・ おんぶ ・ ひとりで				
	3. 寝つき 良い・悪い 対応の仕方()				
4. 姿勢 うつぶせ ・ 仰向け ・ 横向き					
5. 癖や決まって持つもの等 なし・あり()					
睡眠					