

| | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------|-----------------|------------------|
| 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(熱性けいれん等) 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) | | | | |
| | 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. 大便の回数 1日 回くらい | | | 主な養育者: 昼()夜() | |
| | 2. 普段の便の状態… 普通 ・ 硬め ・ ゆるめ | | | その他、心配していること等 | |
| | 睡眠 | 1. 時間 午前: 時~ 時頃 午後: 時~ 時頃 夜間: 時~ 時頃 | | | |
| 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() | | | | | |