



医師・保健師等からの指導・指摘など	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 有の場合は右を記入	指導・指摘等の内容： ( )
定期的な通院	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 有の場合は右を記入	傷病名： 病院名：

## 5 発達の状況

### (1) 出産・新生児期

分娩	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 早産( ) 月) <input type="checkbox"/> 異常( )
出生順	第 子 出生時体重 g 栄養方法 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク
出産時に気になったこと	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(有の場合は下に内容を記入) (内容: )

### (2) 乳幼児健康診査等の受診状況

健診の種類	受診状況及び結果	健診の種類	受診状況及び結果
2か月児健康診査	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 指導あり(内容: )	4か月児健康診査	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 指導あり(内容: )
6か月児育児相談	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 指導あり(内容: )	8~9か月児健康診査	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 指導あり(内容: )
1歳6か月児健康診査	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 指導あり(内容: )	2歳6か月児親子歯科健康診査	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 指導あり(内容: )
3歳6か月児健康診査	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 指導あり(内容: )	【指導内容の詳細】	

### (3) 運動等

首がすわる	<input type="checkbox"/> すわっている( ) 月頃) <input type="checkbox"/> すわっていない
寝返り	<input type="checkbox"/> できる( ) 月頃) <input type="checkbox"/> まだできない
おすわり	<input type="checkbox"/> できる( ) 月頃) <input type="checkbox"/> まだできない
ハイハイ	<input type="checkbox"/> できる( ) 月頃) <input type="checkbox"/> まだできない
つかまり立ち	<input type="checkbox"/> できる( ) 歳 ( ) 月頃) <input type="checkbox"/> まだできない
歩き始め	<input type="checkbox"/> できる( ) 歳 ( ) 月頃) <input type="checkbox"/> まだできない
あやすと声を出して笑う	<input type="checkbox"/> できる( ) 月頃) <input type="checkbox"/> まだできない

## 6 現在の生活の様子

生活のリズム	<input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 不規則
睡眠	起床・就寝 起床 : 頃 就寝 : 頃
	昼寝 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> しない
	昼寝時間 : 頃~ : 頃、 : 頃~ : 頃
	寝つき <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い
	寝起き <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い
	寝る方法 <input type="checkbox"/> 一人で寝る <input type="checkbox"/> 添い寝( <input type="checkbox"/> 母と <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> 抱っこ
	寝る時の癖 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(癖: )
	おねしょ <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> しない

食事	種類	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合乳 <input type="checkbox"/> ミルク (混合乳、人工乳の場合の商品名： )		
	食欲	<input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> むらがある <input type="checkbox"/> あまりない		
	好き嫌い	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 食べ物は食べていない(まだ母乳またはミルクのため) <input type="checkbox"/> ある(食べ物： )		
	食事の方法	<input type="checkbox"/> 誰かに食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 少しは一人で食べる( <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> はし) <input type="checkbox"/> 一人で食べられる( <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> はし)		
	朝食	食事時間	: 頃～	: 頃
	おやつ	1日 回 主な食べ物:		
	牛乳	<input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲めない		
排泄	小便	( <input type="checkbox"/> 教える <input type="checkbox"/> 教えない ) ( <input type="checkbox"/> 一人のできる <input type="checkbox"/> 一人のできない )		
	大便	( <input type="checkbox"/> 教える <input type="checkbox"/> 教えない ) ( <input type="checkbox"/> 一人のできる <input type="checkbox"/> 一人のできない )		
	排泄場所	<input type="checkbox"/> トイレのできる( <input type="checkbox"/> 洋式・和式の両方 <input type="checkbox"/> 洋式のみ <input type="checkbox"/> 和式のみ ) <input type="checkbox"/> オマルでする <input type="checkbox"/> おむつを使用する		
	おむつ	使用	<input type="checkbox"/> 使用する(1日当たりの使用枚数： 枚) <input type="checkbox"/> 使用しない	
種類		<input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> 布おむつ <input type="checkbox"/> 紙おむつと布おむつの併用		
睡眠時		<input type="checkbox"/> 使用する <input type="checkbox"/> 使用しない		
言葉	<input type="checkbox"/> かたこと話す(ワンワン・マンマ等) <input type="checkbox"/> 大人の言うことがある程度理解できる <input type="checkbox"/> 言葉で意思の疎通ができる <input type="checkbox"/> その他( )			
着替え	<input type="checkbox"/> 一人のできる <input type="checkbox"/> 少し手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 一人のできるどころもある <input type="checkbox"/> すべて着替えさせてあげる			
利き手・腕	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方			
遊び	好きな遊び	遊ぶ場所		遊び相手

## 7 既往歴及び体質

### (1) 今までかかった病気・けが

<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(有の場合は下を記入)
<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 百日せき <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 熱性けいれん( <input type="checkbox"/> 1歳前 <input type="checkbox"/> 1歳以後 ) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 外傷(内容： ) <input type="checkbox"/> 骨折(場所： ) <input type="checkbox"/> その他(傷病名： )

### (2) かかりやすい病気

<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(有の場合は下を記入)
<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 扁桃腺がはれやすい <input type="checkbox"/> 口内炎ができやすい <input type="checkbox"/> 湿疹ができやすい <input type="checkbox"/> ひきつけの癖がある <input type="checkbox"/> ぜんそくがでやすい <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> 鼻血がでやすい <input type="checkbox"/> 便秘がち <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい(場所： ) <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 化膿しやすい <input type="checkbox"/> 自家中毒になりやすい <input type="checkbox"/> その他(症状等： )

(3) アレルギー体質

<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(有の場合は下を記入)	
症状	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 薬品等 <input type="checkbox"/> その他( )
食品制限	<input type="checkbox"/> している( <input type="checkbox"/> 保護者の考え <input type="checkbox"/> 医師の指示) <input type="checkbox"/> していない 食品名: ※食物アレルギー対応食の提供には、医師の診断書が必要になります。

(4) 定期的な診察・投薬

<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(有の場合は下を記入)			
傷病名・症状: 病院名:			
<input type="checkbox"/> 飲み薬		<input type="checkbox"/> 塗り薬	<input type="checkbox"/> その他の薬
くすりの種類	<input type="checkbox"/> 水薬 種類 <input type="checkbox"/> 錠剤 種類 <input type="checkbox"/> 粉薬 種類	塗るところ	
投与時間	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 時 分頃	<input type="checkbox"/> 時 分頃 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 時 分頃 <input type="checkbox"/> その他( )

8 予防接種の受診状況

	ヒブ	小児用肺炎球菌	4種混合	日本脳炎	水痘	BCG
1回目	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
2回目	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	麻疹風疹
3回目	年 月	年 月	年 月	年 月		1回目 年 月
4回目(追加)	年 月	年 月	年 月			2回目 年 月

その他

--

9 一時預かり事業利用に当たり、健康面・発達面で気になること、または特に伝えておきたいことなど。

--

【実施施設記入欄】

面接日： 年 月 日 母子健康手帳確認済 未 健康保険証確認済 未