

4 発達の状況

(1) 妊娠・出産・新生児期

妊娠中の異常	無 ・ 有 有の場合は右を記入	重いつわり ・ 貧血 ・ 切迫流産 ・ 切迫早産 妊娠中毒症 ・ その他 ()
分娩中の異常	無 ・ 有 有の場合は右を記入	早産 (週) ・ 予定日超過 (週) その他 ()
出産時の状況	身長 c m ・ 体重 g	
栄養方法	母乳 ・ 混合 ・ ミルク	
	離乳	開始 か月頃 ・ 終了 か月頃

(2) 運動等

首がすわる	か月頃
寝返り	か月頃
おすわり	か月頃
ハイハイ	か月頃
つかまり立ち	歳 か月頃
歩き始め	歳 か月頃
あやすと笑う	か月頃
話しはじめ	か月頃
呼ぶ方に顔を向ける	か月頃
人見知りをする	か月頃

5 現在の生活の様子

(1) 睡眠

寝かせ方	おんぶ ・ だっこ ・ 添い寝 ・ 一人で寝る ・ 軽くたたく (ゆする) ・ うつぶせ ・ あお向け ・ 横向き
起床・就寝	起床 : 頃 就寝 : 頃
昼寝	する ・ ときどきする ・ しない
昼寝時間	: 頃~ : 頃 、 : 頃~ : 頃
寝つき	良い ・ ふつう ・ 悪い
寝起き	良い ・ ふつう ・ 悪い
寝る時の癖	ない ・ ある ()
おねしょ	する ・ ときどきする ・ しない

(2) 食事

種類		普通食 ・ 離乳食 ・ 母乳 ・ 混合乳 ・ ミルク (人工乳の商品名：)
乳児のみ記入	授乳方法	母乳 () 分 / 1日 () 回 ミルク () 分 / 1日 () 回 / 1回 () c c
	げっぷの出し方	
	吐乳	吐きやすい () の時 ・ あまり吐かない
食欲		旺盛 ・ 普通 ・ むらがある ・ あまりない
水分補給		白湯 ・ 麦茶 ・ 果汁
好き嫌い		ない ・ ある ()
食事の方法		食べさせてもらう ・ 少しは一人で食べられる (手づかみ ・ スプーン ・ フォーク ・ はし) ・ 一人で食べられる (手づかみ ・ スプーン ・ フォーク ・ はし)
朝食		食事時間 : 頃 ~ : 頃
おやつ		1日 回 (主な食べ物：)
牛乳		飲んでいる ・ 飲んでいない ・ 飲めない

(3) 排便

小便	一人でできる
大便	一人でできる
排泄場所	トイレでできる (洋式 ・ 和式 ・ 両方)
おむつ	使用する (1日 枚) ・ 使用しない
	紙おむつ ・ 布おむつ ・ 紙おむつと布おむつの併用
	かぶれやすい (手当法：) かぶれにくい
	睡眠時使用する ・ 睡眠時使用しない

(4) その他

言葉	かたことを話す ・ 大人の言葉がある程度理解できる ・ その他 ()
着替え	一人でできる ・ 少し手伝いが必要
好きな遊び・場所	

6 健康状態について ※有る場合は記入してください。

(1) 今までかかった病気・けが・手術等

<input type="checkbox"/> はしか	<input type="checkbox"/> おたふく	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 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"/> 糖尿病
<input type="checkbox"/> ヘルニア	<input type="checkbox"/> その他(疾病名:)				
<input type="checkbox"/> 骨折(場所:)					
<input type="checkbox"/> 外傷(内容:)					

(2) かかりやすい病気

<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"/> ひきつけを起こしやすい	<input type="checkbox"/> ぜんそくがしやすい
<input type="checkbox"/> 吐きやすい	<input type="checkbox"/> 鼻血がしやすい	<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

症状	湿疹 ・ ぜんそく ・ じんましん ・ 鼻炎 薬品 ・ その他 ()
食品制限	している ・ していない 食品名:

(4) 定期的な診察

傷病名・症状	病院名 ()
--------	---------

7 予防接種の受診状況

	ヒブ	肺炎球菌	四種混合	日本脳炎	水痘	BCG	麻疹風疹
1回目	年 月	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	—	年 月
3回目	年 月	年 月	年 月	年 月	—	—	—
4回目	年 月	年 月	年 月	—	—	—	—
その他							

8 一時預かり事業利用にあたり、健康面・発達面で気になること、または伝えておきたいことなど

--