

* 家庭の状況

	父	母
就労形態	正規 パート 自営 求職中 その他 ()	正規 パート 自営 求職中 その他 ()
通勤方法	車 電車 バス 自転車 徒歩	車 電車 バス 自転車 徒歩
通勤時間	片道 時間 分	片道 時間 分

* 健康状況

妊娠中	正常 異常 (重度つわり・中毒・その他)
出産時	正常
	異常 (仮死 強い黄疸 酸素利用(日) 早産(週) その他())
	体重 (g) 身長 (cm)

① 次の項目はそれぞれいつごろからですか？

・首がすわる(月) ・あやすと笑う(月) ・お座り(月) ・歩く(月)

② 定期健診を受けましたか？ 受けた 受けない

受診した健診 1ヶ月 3~6ヶ月 9~11ヶ月 1歳6カ月 3歳

その時何か指摘を受けたことはありますか？ はい いいえ

はいの場合、指摘事項をご記入ください ()

③ 今までにかかった病気はありますか？ はい いいえ ※風邪は除く

はいの場合 心臓疾患 中耳炎 脱臼 ヘルニア 視力 聴力
その他 ()

④ 「ひきつけ」や「けいれん」を起こしたことはありますか？ はい いいえ

はいの場合 回数(回) 最近起こした時期()

原因 熱 (°C) が出た時起こる 熱が出なくても起こる 泣いたとき起こる その他

⑤ 入院したことはありますか？ はい いいえ

はいの場合 病名 () 入院期間 ()

⑥ 現在通院していますか？ はい いいえ

はいの場合 病名 () 通院状況 ()

⑦ 薬の服用がありますか？ はい いいえ

はいの場合 薬名 () いつから飲んでいますか(年 月から)

服用する時間帯 (1日 回 / 朝 昼 夜)

⑧ 今まで健康・発達上のことで専門機関に相談や通所したことはありますか？ はい いいえ

はいの場合、下記のどの機関ですか

児童相談所 子育てネウボラセンター 保健所 発達支援センター ことばの教室

病院 (科) その他 ()

⑨ アレルギーはありますか？ はい いいえ

はいの場合 食物アレルギー (原因食物:)

その他のアレルギー (原因物質:)

アナフィラキシーショック あり (エピペン あり なし) なし

※「はい」の場合できるだけ詳しくご記入ください。また、別途アレルギーに関する書類の提出が必要になります。

⑩ 障害者手帳・療育手帳の何れかをお持ちですか？ はい いいえ