

今までの保育	今まで保育にあっていた方はどなたですか。○で囲んでください。 ・ 家庭の保育〔 母 ・ 父 ・ 祖母 ・ 祖父 ・ その他（ ） 〕 ・ 集団の保育（保育園名 その他）
--------	--

・ 現在お子さんのことで心配なこと、相談したいことがありますか。 な い あ る（なるべく詳しく書いてください）
--

ワクチン名		接種年月日（例：H26.11.1）											
予 防 接 種	インフルエンザ 菌 b 型 (Hib)	1回	・	・	2回	・	・	3回	・	・	(追加)	・	・
	小児肺炎球菌	1回	・	・	2回	・	・	3回	・	・	(追加)	・	・
	ジフテリア 百日咳 破傷風 ポリオ (4種混合)	1回	・	・	2回	・	・	3回	・	・	(追加)	・	・
	BCG	1回	・	・									
	麻しん風しん (MR)	1回	・	・	2回	・	・						
	日本脳炎	1回	・	・	2回	・	・	(追加)	・	・			
	水痘(水ぼうそう)	1回	・	・	2回	・	・						
	おたふくかぜ	1回	・	・	2回	・	・						
	B型肝炎	1回	・	・	2回	・	・	3回	・	・			
	インフルエンザ	1回	・	・	2回	・	・	1回	・	・	2回	・	・
		1回	・	・	2回	・	・	1回	・	・	2回	・	・
		1回	・	・	2回	・	・	1回	・	・	2回	・	・
	ロタ1価 (5価)	1回	・	・	2回	・	・	(3)	・	・			
	その他のワクチン	1回	・	・	2回	・	・	3回	・	・	4回	・	・
ポリオ (不活化)	1回	・	・	2回	・	・	3回	・	・	4回	・	・	
	1回	・	・	2回	・	・	3回	・	・	4回	・	・	
	1回	・	・	2回	・	・	3回	・	・	4回	・	・	
	1回	・	・	2回	・	・	3回	・	・	4回	・	・	

当てはまるものに○印を付け、必要事項を記入してください。

		肥満	喘息	アレルギー体質 (症状)	熱性 けいれん	今までどんな病気を しましたか	現在どんな病気に かかっていますか
父							
母							
兄弟 姉妹 他							

その他

	次のことにお答えください。
	<p>1 「首のすわり」はいつごろでしたか・・・・・・・・・・・・・・・・（ ）か月頃</p> <p>2 「ねがえり」はいつごろでしたか・・・・・・・・・・・・・・・・（ ）か月頃</p> <p>3 「おすわり」はいつごろでしたか・・・・・・・・・・・・・・・・（ ）か月頃</p> <p>4 ハイハイしはじめたのは、いつごろでしたか・・・・・・・・（ ）か月頃</p> <p>5 つかまり立ちしたのは、いつごろでしたか・・・・・・・・（ ）か月頃</p> <p>6 指で小さいものをつかめますか・・・・・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>7 名前を呼ばれたらわかりますか・・・・・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>8 一人歩きを始めたのはいつごろでしたか・・・・・・・・（ ）か月頃</p> <p>9 マンマ・ブーブー・パパ・ママなどの言葉を一つでも話しますか・・・はい・いいえ</p> <p>☆</p> <p>10 おしっこをしたい時、教えますか・・・・・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>11 自由に歩いたり、走ったりしますか・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>12 「あれなーに」「これなーに」とよく尋ねますか・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>☆</p> <p>13 自分の名前が云えますか・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>14 スプーンや箸を使って一人で食べますか・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>15 クレヨンなどで1つの丸(○)を描きますか・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>16 お友だちと遊びたがりますか・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>17 手を使わずに一人で階段を昇れますか・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>18 おしっこを一人でできますか・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>19 ボタンを一人ではめることができますか・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p> <p>20 飛び下りたり、ケンケンができますか・・・・・・・・・・・・はい・いいえ</p>
	次の中から当てはまる番号に○をつけてください。
体 質 と ク セ	<p>1 風邪をひきやすい</p> <p>2 のどがゼロゼロする</p> <p>3 扁桃腺が腫れやすい</p> <p>4 湿疹が出やすい</p> <p>5 耳だれがある</p> <p>6 食べ物でじんましんが出る(卵・牛乳・小麦・他)</p> <p>7 薬を飲んだ後じんましんが出たことがある(薬の名前)</p> <p>8 今まで医師から一度でも「心臓がわるい」「心雑音がある」「脈が乱れている」「川崎病」等 言われた事がある</p> <p>9 口内炎ができやすい</p> <p>10 化膿しやすい</p> <p>11 虫さされのあとがひどく腫れる</p> <p>12 下痢しやすい・便秘しやすい</p> <p>13 食べたものを吐きやすい</p> <p>14 ひきつけ・けいれんをおこしたことがある (歳の時 熱 ℃)</p> <p>15 よく熱をだす</p> <p>16 鼻血が出やすい</p> <p>17 唇・指先・足先が紫色になったことがある</p> <p>18 腹痛をよくおこす</p> <p>19 指しゃぶり・爪かみをする</p> <p>20 性器をいじる</p> <p>21 肘が抜けたことがある (右・左 歳の時 回)</p> <p>22 その他のくせ ()</p>