

こども誰でも通園制度 健康状態・生活記録票

面接日 年 月 日 担当

氏名	(ふりがな) 愛称 ()	生年月日 年 月 日 (歳 ヶ月)		性別	平熱 ℃	
出生時の状況		早産(週) 在胎(週)				
出生時の状態		身長 cm	体重 g	頭囲 cm	胸囲 cm	
発達の様子	授乳状況	☐ 母乳 ☐ 粉乳 ☐ 混合(出生時から ・ か月から) ☐ 時間をきめた ☐ 時間をきめない				
	離乳食状況	開始 か月頃 ・ 完了 か月頃				
	からだの発達	首がすわった時期		か月頃	寝返りができた時期	か月頃
		お座りができた時期		か月頃	歩行ができた時期	か月頃
	こころの発達	・言葉 ☐ 声を出す ☐ 喃語 ☐ 一語分 ☐ 二語文 ☐ 大人のいうことがわかる ・指差し【 する・しない 】 ・人見知り【 する・しない 】 ・自分の持ち物【 わかる・わからない 】				
		社会あそび	・好きな遊びや遊具 屋内【 】 屋外【 】 ・主な遊び場 【 】 ・誰とよく遊びますか ☐ 父 ☐ 母 ☐ 兄弟姉妹 ☐ ひとりで遊ぶ ☐ 同年齢の友だち ☐ その他()			
排泄	・紙オムツ 有 ・ 無 【 ☐ 布オムツ ☐ トレーニングパンツ ☐ 綿パンツ 】					
くせ	☐ 指しゃぶり ☐ その他【 】					
性格	()					
・お子さんの育ちの中で、気になることや心配事がありますか？ ()						
・子育てについて大事にされていること、家族の接し方について。 ()						
健康	●ひきつけやけいれん(熱性けいれん)を起こしたことはありますか？ 【 はい ・ いいえ 】 (はい の方) 【 歳の時】 劇薬処方(ダイアップなど)【 有 ・ 無 】					
	●肘や肩を脱臼したことがある。 【 はい ・ いいえ 】 (はい の方)【初回 歳の時】【部位: 】【回数: 】					
	●大きな病気をしたことがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】 【 歳の時 診断名: 】					
	●入院したことがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】 【 歳の時 診断名: 】					
	●常備薬がありますか？ はい ・ いいえ 【何の薬: 薬品名: 】					
	●目や耳に関して心配なことがある 【 はい ・ いいえ 】					
	●中耳炎になったことがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】【 右耳 ・ 左耳 】					
	●健診・受診で何か指摘されたことはありますか？ 【 はい ・ いいえ 】 【健診名: 指摘されたこと: 】					
アレルギー等	●アレルギーがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】【医師の診断: 有 ・ 無 】 原因物質: ☐ ラテックス ☐ 花粉 ☐ 動物 ☐ 虫 ☐ 金属 ☐ その他【 】 症状 : ☐ 呼吸困難 ☐ 喘息 ☐ 動物 ☐ 下痢 ☐ 嘔吐 ☐ 湿疹 ☐ 蕁麻疹 ☐ チアノーゼ ☐ その他【 】					
	●食物アレルギーがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】【医師の診断: 有 ・ 無 】 アレルゲン:【 】					
	・その他、お子さんの健康に関して気になることや症状などがありますか？					