

プロフィール



ふりがな	うつのみや はじめ	家庭での呼び名	はじめちゃん
氏名	宇都宮 はじめ 男・女	生年月日	平成〇年〇月〇日生
		住所	
〒32〇-〇〇 宇都宮市〇〇町〇〇-〇〇		〒 宇都宮市	
電話番号	自宅 6〇〇-〇〇〇〇 携帯 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	自宅	—	携帯 — —
緊急連絡先	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 父・母・祖父・祖母・その他( )		

家族構成	氏名	生年月日	続柄	備考 (病気の有無等)
	宇都宮 一郎	SO年〇月〇日	父	
	花子	SO年〇月〇日	母	

記入日 年 月 日 記入者 続柄( )

なまえ \_\_\_\_\_

お気に入りの一枚

お子さんの  
お気に入りの写真を  
お貼りください



家族の願い



なまえ \_\_\_\_\_

# 生育歴



※当てはまる ( ) に○をつけましょう。



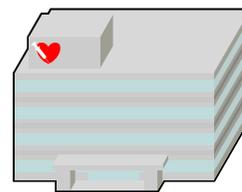
※当てはまる ( ) に○をつけましょう。

妊娠中の様子	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> その他 (※妊娠高血圧症候群などがあった場合に記入)
出産の様子	出産時の週数 <u> 〇〇 </u> 週 出産時の両親の年齢 父 <u> 〇 </u> 歳 母 <u> 〇 </u> 歳 分娩の状況 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 その他 (※分娩状況や、分娩の経過など特記事項があれば記入)
出生直後の子どもの様子	出生時 体重 <u> 〇〇 </u> g 身長 <u> 〇〇 </u> cm <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 呼吸異常 <input type="checkbox"/> 光線療法 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 低血糖 <input type="checkbox"/> 保育器使用 <input type="checkbox"/> 酸素使用 その他 (※処置や所見があった場合に記入)

健診の受診状況	① 1か月児健診 ( <input checked="" type="checkbox"/> )所見なし・所見あり[ ]・未受診)
	② 先天性股関節脱臼検診 ( <input checked="" type="checkbox"/> )所見なし・所見あり[ ]・未受診)
	③ 4か月児健診 ( <input checked="" type="checkbox"/> )所見なし・所見あり[ ]・未受診)
	④ 10か月児健診 ( <input checked="" type="checkbox"/> )所見なし・所見あり[ ]・未受診)
	⑤ 1歳6か月児健診 ( <input type="checkbox"/> )所見なし・( <input checked="" type="checkbox"/> )所見あり[※所見内容を記入]・未受診)
	⑥ 3歳児健診 ( <input type="checkbox"/> )所見なし・( <input checked="" type="checkbox"/> )所見あり[※所見内容を記入]・未受診)
	⑦ 就学時健診 ( <input type="checkbox"/> )所見なし・所見あり[ ]・未受診)
これまでの病気	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 風疹 その他 (※その他の病気を記入)



なまえ \_\_\_\_\_



なまえ \_\_\_\_\_

※当てはまる ( ) に○をつけましょう。

アレルギー	<p>あり・なし</p> <p>(○)薬品(メイアクト, フロモックス )</p> <p>(○)ハウスダスト</p> <p>(○)食物 (○)牛乳・大豆・小麦粉・そば</p> <p>{ ※その他の食物アレルギーについて記入 }</p> <p>その他</p> <p>{ ※その他のアレルギーについて記入 }</p>
主な発達の経過	<p>① 首がすわる ( 歳○か月 )</p> <p>② 寝返りをする ( 歳○か月 )</p> <p>③ お座りをする ( 歳○か月 )</p> <p>④ ハイハイをする(○歳○か月 )</p> <p>⑤ 人見知りをする(○歳○か月 ・ なし )</p> <p>⑥ 一人で立つ (○歳○か月)</p> <p>⑦ 一人で歩く (○歳○か月 )</p> <p>⑧ そばにいる人(特に母親)が見えなくなると甘え泣きをした。 (○歳○か月 ・ なし )</p> <p>⑨ 意味のある言葉を話す(○歳○か月 )</p> <p>⑩ 「ワンワン, きた」等の二語文を話す ( ○歳○か月 )</p> <p>⑪ おしっこ・うんちを教える( ○歳○か月 )</p> <p>⑫ 昼間のオムツが完全にとれる ( ○歳○か月 )</p> <p>⑬ 階段の昇降ができる( ○歳○か月 )</p> <p>⑭ ボタンをはめることができる(○歳○か月 )</p>



なまえ \_\_\_\_\_

※当てはまる ( ) に○をつけましょう。

その他の発達	<p>( )生まれたときから元気のない子だった。</p> <p>( )おなかがすいても、泣いて知らせると言うことがなかった。</p> <p>( )よく眠り, よく飲み, おとなしく, 手のかからない子だった。</p> <p>( )泣くことも, ぐずることも少ない静かな子だった。</p> <p>(○)カンが強く, はげしく泣いてばかりいた。</p> <p>( )一旦出ていた言葉・一旦出来ていたことが出来なくなった。 どんなこと?( )</p> <p>( )家の人のお居場所を気にせず, 勝手に動き回ることが多かった。</p> <p>( )迷子になることが多かった。</p> <p>( )夜泣きがひどい</p>
視力	<p>( )所見なし</p> <p>(○)所見あり( 弱視, 右目○○ 左目○○ )</p>
聴力	<p>( )所見なし</p> <p>(○)所見あり(両耳の聴力レベル○○デシベル )</p>



なまえ \_\_\_\_\_