

家庭に於ける生活状況調査

フリガナ		男・女	住所	
児童氏名		血液型	自宅(TEL)	
保護者氏名			父携帯	
			母携帯	
勤務先名称				電話番号
父				
母				
緊急連絡先(氏名・続柄または勤務先・部署名等)				電話番号
連絡先①				
連絡先②				
連絡先③				

かかりつけの病院		電話	健康保険証
内科			名称
外科			記号番号

生 育 歴	出生児の状況	1. 正常	2. 早産 (月)	第 子
	出生児の体重	g		出生児の身長 cm
	あやすと笑う	ヶ月	首のすわり	ヶ月
	おすわり	ヶ月	ねがえり	ヶ月
	はいはい開始	ヶ月	マンマ・ブーブーなど言葉の始まり	ヶ月
	離乳開始	ヶ月	離乳完了	ヶ月
	一人歩き	ヶ月	おむつはずし開始	ヶ月

健康 診断	1歳6か月児検診	1. うけている	イ. 異常なし	ロ. 指導あり
		2. うけていない		
	3歳児検診	1. うけている	イ. 異常なし	ロ. 指導あり
		2. うけていない		

入 所 前 の 状 況	排 便	ひとりで	大便 できる できない		
			小便 できる できない		
	着 脱	1. ひとりで出来る	2. まだ不十分	3. まったく着られない	
	睡 眠	1. ひとりで寝られる	2. 寝つく時だけ誰かと寝る		
	3. 誰かと一緒に寝る	(時 分に寝る)			
食 事	右利き 左利き	はし スプーン	一人で食べられる	食べさせてもらう	
	よく食べる	好ききらいが少しある	好きなもの ()	きらいなもの ()	
	好きなもの ()	きらいなもの ()			

<保育所に伝えたいこと>

予防接種の記録	種類	接種年月日			
	ヒブワクチン	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	肺炎球菌	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	ロタ	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	B型肝炎	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	四種混合	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	B C G	年 月 日			
	麻しん・風しん (MR)	年 月 日			
	水痘	年 月 日		年 月 日	
	日本脳炎	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	その他	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	その他	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

今までにかかった病気	【あてはまるものがあれば、発症した年齢を記入してください】			
	麻疹(はしか)	ヶ月頃	肺炎	ヶ月頃
	水痘(みずぼうそう)	ヶ月頃	気管支炎	ヶ月頃
	風疹(三日ばしか)	ヶ月頃	中耳炎	ヶ月頃
	おたふくかぜ	ヶ月頃	喘息	ヶ月頃
	百日咳	ヶ月頃	ひきつけ・けいれん	ヶ月頃
	突発性発疹	ヶ月頃	回数	回
	川崎病	ヶ月頃	脱臼	ヶ月頃
	心臓疾患	ヶ月頃	脱臼部分()	
腎疾患	ヶ月頃	その他	ヶ月頃	
現在治療中の病気はありますか		<input type="checkbox"/> あり (服薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	<input type="checkbox"/> なし	
「あり」と答えた方		病名()	病院名()	
		通院状況()		

身体的・体質的特徴	<input type="checkbox"/> 下痢しやすい	<input type="checkbox"/> 吐きやすい
	<input type="checkbox"/> 便秘しやすい	<input type="checkbox"/> ヘルニア
	<input type="checkbox"/> 関節がはずれやすい	<input type="checkbox"/> アレルギー体質
	<input type="checkbox"/> 喘息・発作などをおこす	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 薬過敏(薬名:) <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい	
	<input type="checkbox"/> 熱を出しやすい	
	<input type="checkbox"/> 鼻血がでやすい	