

## 生 育 歴

記入 年 月 日

ふりがな		男・女	年 月 日生
名 前			

新 生 児 期	生まれたとき赤ちゃんはすぐ 元気に泣きましたか	はい (強・普通・弱) いいえ (仮死・その他 )		
	へその緒が巻いていましたか	いいえ・はい (どこに 回)		
	保育器に入りましたか	いいえ・はい ( 日間 ・ 時間)		
	黄 疸	普通・強 (処置 )		
	体重 g	身長 cm	頭囲 cm	胸囲 cm
その他	斜 顎 なし・あり	股関節脱臼 なし・あり		

発 育 状 況	首のすわり	ほ ぼ え み	喃語 (ア-ア-) の ではじめ	人見知り	一人すわり
	か月	か月	か月	か月	か月
	は う	つかまり立ち	1 ・ 2 歩 歩いたのは		
	か月	か月	か月		

主にどなたが育児されましたか	父 ・ 母 その他 ( )
集団生活の経験がありますか	いいえ・はい 年 月 ~ 年 月まで どこで 保育所 ・ 幼稚園 ・ その他 ( )

健 康 診 査 の 状 況 等	4ヶ月健診	医師・保健師からお聞きになった事があればご記入ください。 ( )
	1歳6ヶ月 健診	医師・保健師からお聞きになった事があればご記入ください。 ( )
	3歳6ヶ月 健診	医師・保健師からお聞きになった事があればご記入ください。 ( )

※該当する項目に○をご記入ください。

		産あけ	0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児
		0歳児	度	度	度	度	度	度
お 子 さ ん の 状 態	平熱		度	度	度	度	度	度
	1	ねっを出しやすい						
	2	かぜをひきやすい						
	3	へんとうせんがはれやすい						
	4	中耳炎になりやすい						
	5	便秘しやすい( 日 回 )						
	6	下痢しやすい						
	7	おしっこがちかい						
	8	じんましんが出やすい (どんなとき )						
	9	かぶれやすい(何で )						
	10	アレルギーといわれたことがある (①アトピー性皮膚炎②体質③食物④薬品⑤その他)						
	11	ヘルニア(脱腸)がある(どこ )						
	12	ひきつけることがある(熱が出た時、熱がない時)						
	13	ぜんそくが出やすい						
	14	脱臼したことがある(どこ )						
	15	大きな病気、けがをしたことがある(病名 )						
	16	入院をしたことがある(病名 )						
17	手術をしたことがある(病名 )							

予防接種

※受けた予防接種に○印または受けた年月日をご記入ください

BCG			四種混合(DPT-IPV)	1)	2)	3)	追加)
日本脳炎	I期	II期	Hib	1)	2)	3)	追加)
水ぼうそう	1)	2)	肺炎球菌	1)	2)	3)	追加)
おたふくかぜ			B型肝炎	1)	2)	3)	
			ロタウイルス	1)	2)	3)	
			インフルエンザ				

かかった病気

※下記の病気にかかったことがあれば○印または年月日をご記入ください

はしか	年 月	突発性発疹		りんご病	
風疹	年 月	手足口病		ヘルパンギーナ	
水ぼうそう	年 月	溶連菌感染症		プール熱	
おたふくかぜ	年 月			インフルエンザ	
川崎病	年 月				