

乳児・幼児調書（表）

この用紙は、お子さまの日常生活、健康状態についてお尋ねするものです。下記の項目のあてはまるところに、印をつけてお答えください。

児童名	男・女	生年月日	年 月 日
出産	()週 ()グラムで出生 <input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> その他		
出生	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (<input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 保育器使用 <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> その他)		
病気や体調	<input type="checkbox"/> 特に心配はない <input type="checkbox"/> 大きな病気にかかったことがある。 病名() <input type="checkbox"/> 手術したことがある。 病名() ()歳()ヶ月のとき <input type="checkbox"/> 現在、通院中の病気がある。 病名() (治療中・経過観察中) <input type="checkbox"/> かかりやすい病気がある。 病名() <input type="checkbox"/> ひきつけを起こしたことがある。 <input type="checkbox"/> アレルギーがある。 <input type="checkbox"/> 受診している <input type="checkbox"/> 受診していない アレルギーの原因 食物・ハウスダスト・その他() <input type="checkbox"/> 手、足、耳、目で気になることがある。 内容()		
<input type="checkbox"/> 病気・発達等で相談している機関がある。 機関名: <input type="checkbox"/> 健康センター <input type="checkbox"/> すみれ園 <input type="checkbox"/> こども発達総合相談 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他()			
乳幼児健診	4ヶ月児健診	<input type="checkbox"/> 受けた → 受けた場所 → 結果 <input type="checkbox"/> 受けていない [<input type="checkbox"/> 宝塚市立健康センター <input type="checkbox"/> 他市の保健所・保健センター <input type="checkbox"/> 病院、診療所]	
	1歳6ヶ月児健診	<input type="checkbox"/> 受けた → 受けた場所 → 結果 <input type="checkbox"/> 受けていない [<input type="checkbox"/> 宝塚市立健康センター <input type="checkbox"/> 他市の保健所・保健センター <input type="checkbox"/> 病院、診療所]	
	3歳半児健診	<input type="checkbox"/> 受けた → 受けた場所 → 結果 <input type="checkbox"/> 受けていない [<input type="checkbox"/> 宝塚市立健康センター <input type="checkbox"/> 他市の保健所・保健センター <input type="checkbox"/> 病院、診療所]	

裏面もご記入ください

乳児・幼児調書（裏）

発育の 状態 ・ ・ ・ 該当する 年齢の 欄ごと にご記 入くだ さい	0歳児	<input type="checkbox"/> 体重は良好に増えている(現在約 kg) <input type="checkbox"/> 首はすわっている <input type="checkbox"/> 寝返りをする <input type="checkbox"/> お座りをする <input type="checkbox"/> ハイハイをする <input type="checkbox"/> つかまり立ちをする <input type="checkbox"/> 一人で立つ <input type="checkbox"/> 歩行する	母乳・ミルク	<input type="checkbox"/> 現在飲んでいる <input type="checkbox"/> 全く飲んでいない <input type="checkbox"/> アレルギー用ミルクを飲んでいる
	1歳児・2歳児	<input type="checkbox"/> 一人で立つ <input type="checkbox"/> 歩行する <input type="checkbox"/> 転ばずに一人で上手に歩く <input type="checkbox"/> 手を引くと、階段が上がる <input type="checkbox"/> 名前を呼ぶと振り向く <input type="checkbox"/> 「マンマ」等の単語を3語以上話す <input type="checkbox"/> 簡単ないつけがわかる <input type="checkbox"/> 絶えず動き回り、目が離せない	離乳食	<input type="checkbox"/> まだ始めていない <input type="checkbox"/> 離乳食を始めている(ヶ月から) <input type="checkbox"/> 開始を遅らせるよう医師から指導されている食品がある 食品名()
	3歳児・4歳児	<input type="checkbox"/> 一人で立つ <input type="checkbox"/> 歩行する <input type="checkbox"/> 転ばずに一人で上手に歩く <input type="checkbox"/> 手を引くと、階段が上がる <input type="checkbox"/> 名前を呼ぶと振り向く <input type="checkbox"/> 「マンマ」等の単語を3語以上話す <input type="checkbox"/> 簡単ないつけがわかる <input type="checkbox"/> 絶えず動き回り、目が離せない	食事	<input type="checkbox"/> 離乳食は完了している <input type="checkbox"/> 普通に食べる <input type="checkbox"/> アレルギーのもとになる食品がある 食品名() * 除去食は、医師の意見書が必要です。
	5歳児	<input type="checkbox"/> 走ることができる <input type="checkbox"/> まねて、丸を描く <input type="checkbox"/> 大きい、小さいがわかる <input type="checkbox"/> 自分の名前を言える <input type="checkbox"/> 会話ができる <input type="checkbox"/> 友達と一緒に遊ぶ <input type="checkbox"/> 危険を避けられる <input type="checkbox"/> 極端に落ち着かず、動き回る	排泄	<input type="checkbox"/> 普通に食べる <input type="checkbox"/> アレルギーのもとになる食品がある 食品名() * 除去食は、医師の意見書が必要です。 <input type="checkbox"/> 一人でおしっこが出来る <input type="checkbox"/> 教えるので連れていく <input type="checkbox"/> 教えない <input type="checkbox"/> おむつ使用 (日中・夜間のみ)
	その他、心配なことやご希望などがあればお書きください。			
この用紙を記入した人 : 父 ・ 母 ・ ()			記入した日 : 年 月 日	
市教育委員会使用欄(記入しないでください)				