

発育状況表—1(一時保育)

記入日 年 月 日

ふりがな 児童名		生年月日		男・女	保険の種類	社保・国保・共済 その他()	
					普段の平熱	℃くらい	
妊娠歴	つわりの程度	重い・ふつう・軽い			妊娠中の服薬	なし・あり()	
	妊娠高血圧症	なし・あり(妊娠 週)			妊娠中の入院歴	なし・あり()	
出生歴	在胎週数	週 日			分娩方法	正常分娩・その他()	
	出生時身長・体重	cm、 g			黄疸の有無	なし・あり(光線療法: なし・あり)	
	出生時の状況	異常なし・あり()			貧血の有無	なし・あり(内服: なし・あり)	
発達	追視:	ヶ月	寝返り:	ヶ月	つかまり立ち:	ヶ月	
	あやすと笑う:	ヶ月	おすわり:	ヶ月	伝い歩き:	ヶ月	
	首がすわる:	ヶ月		ヶ月	一人で立つ:	ヶ月	
現在の食事の様子	授乳の方法	母乳・ミルク・混合	粉ミルクの種類() 1回の量(cc)		哺乳瓶メーカー()		乳首のサイズ(S・M・L)
	食事の段階	まだはじめていない・離乳食初期・離乳食中期			離乳食開始時期	ヶ月頃より開始	
		離乳食後期・離乳食完了期・幼児食			食欲	ある・ない	食事量
	食べ方	手づかみ・スプーン・フォーク・箸 抱っこ・ベビーラック・椅子・座って			食事の仕方	介助: 有・半介助・一人で食べる	
		マグの使用(有・無) コップの使用(有・無)			食時間	朝食	時 分頃
	好きな食べ物() 嫌いな食べ物()			昼食		時 分頃	
	食事で気を付けていること			おやつ		時 分頃	
				夕食		時 分頃	
			その他	時 分頃			
排泄	オムツの形態	布オムツ・紙オムツ・併用			排尿状況	1日 回オムツを替える	
	排便状況	毎日出る(1日 回) 毎日出ない(日に1回)			便の状態	固め・ふつう・やわらかめ	
睡眠	起床	時 分頃・不規則			寝起きの機嫌	良い・悪い	入眠時の癖など
	午睡	時 分頃・時間位 不規則・寝ない			寝つきの機嫌	良い・悪い	抱っこ・おんぶ・授乳 ラックを揺らす その他
	就寝	時 分頃・不規則			寝具	ベッド・布団・ラック (1人寝・添い寝)	
家族構成	続柄	既往歴の有無			アレルギーの有無	なし・あり ありの場合、内容を記載して下さい [食物: 薬剤: その他:]	
	父	なし・あり()					
	母	なし・あり()					
		なし・あり()					
		なし・あり()					
		なし・あり()			食事制限	なし・あり()	
健診	乳児検診受診結果(異常有無)						
	3・4ヶ月健診	なし・あり()			9・10か月健診	なし・あり()	
	6ヶ月健診	なし・あり()			1歳6ヶ月健診	なし・あり()	
その他、生活・発達で 気になることなど							

発育状況表—2

ふりがな	
児童名	

1. 下記の感染症に罹患した(病気にかかった)日付とその時の月齢をご記入ください。(罹患していない場合は空欄でかまいません)

疾患名	罹患日・月齢	疾患名	罹患日・月齢	疾患名	罹患日・月齢
麻疹 (はしか)	年 月 日 歳 か月頃	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	年 月 日 歳 か月頃	突発性発疹	年 月 日 歳 か月頃
風疹 (三日ばしか)	年 月 日 歳 か月頃	結核	年 月 日 歳 か月頃		年 月 日 歳 か月頃
水痘 (みずぼうそう)	年 月 日 歳 か月頃	百日咳	年 月 日 歳 か月頃	川崎病	年 月 日 歳 か月頃

2. 上記以外の疾患で罹患したことがあるものに○を付けてください。

喘息 ・ 肺炎 ・ 兎径ヘルニア ・ 臍ヘルニア ・ 陰嚢水腫 ・ 停留精巣 ・ 虫垂炎 ・ 腸重積 ・ 肘内障(右 ・ 左)
扁桃腺肥大症 ・ 花粉症 ・ アレルギー性結膜炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 骨折／脱臼(部位:)
滲出性中耳炎 ・ 鼻涙管閉鎖症 ・ 肝炎 ・ 水いぼ ・ その他()

3. 以下の体質であてはまるものがあれば○を付けてください。

風邪をひきやすい ・ 風邪をひくとすぐにゼロゼロする ・ 咳が出やすい ・ よく吐くことがある ・ 下痢になりやすい ・ 便秘がちである
鼻血が出やすい ・ 化膿しやすい ・ 蕁麻疹がよく出る ・ 皮膚が弱くかぶれやすい ・ 虫に刺されると腫れる
その他()

4. 現在、定期的に受診・内服している疾患・体質や、現在までに入院や長期通院治療を行った疾患があればご記入ください。

5. けいれんやひきつけを起こしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

5. で「はい」と答えた方

①どのようなけいれん・ひきつけですか？(熱性けいれん ・ 憤怒けいれん ・ 無熱性けいれん ・ てんかん ・ その他:)
②今までに何回起こしましたか？(回)
③最後にけいれんやひきつけを起こしたのはいつですか？(年 月 日、 歳 か月の頃)
④熱性けいれんの方→発熱時に予防的に投与する薬をもらっていますか？(はい ・ いいえ)
④で「はい」と答えた方→薬の種類と使用する体温を教えてください(薬剤名: 、使用する体温 ℃以上)
⑤てんかんの方→現在服用している薬はありますか？(はい ・ いいえ)
⑤で「はい」と答えた方→薬の種類と服用回数を教えてください(薬剤名: 、1日 回服用中)

6. 接種した予防接種の日付をご記入ください。(表に記載してあるもの以外に接種したものがあれば、表の空欄に記入してください)

BCG		年 月 日	肺炎球菌	1回目	年 月 日	水痘	1回目	年 月 日
四種混合 (DPT-IPV)	I 期1回目	年 月 日		2回目	年 月 日		2回目	年 月 日
	I 期2回目	年 月 日		3回目	年 月 日	季節性 インフルエンザ	1回目	年 月 日
	I 期3回目	年 月 日		4回目	年 月 日		2回目	年 月 日
	I 期追加	年 月 日	Hib (ヒブ髄膜炎)	1回目	年 月 日	流行性耳下腺炎		年 月 日
五種混合 (DPT-IPV -Hib)	I 期1回目	年 月 日		2回目	年 月 日	ロタウイルス	1回目	年 月 日
	I 期2回目	年 月 日		3回目	年 月 日		2回目	年 月 日
	I 期3回目	年 月 日		4回目	年 月 日		3回目	年 月 日
	I 期追加	年 月 日	B型肝炎	1回目	年 月 日	日本脳炎	I 期1回目	年 月 日
MR (麻疹・風疹)	I 期	年 月 日		2回目	年 月 日		I 期2回目	年 月 日
	II 期	年 月 日		3回目	年 月 日		I 期追加	年 月 日

7. かかりつけ医を教えてください(ない場合は空欄でかまいません)

小児科	病院名		歯科	病院名		その他 (科)	病院名	
	住所			住所			住所	
	電話			電話			電話	