



生活について	起床( )時頃 就寝( )時頃 昼寝( 時 ~ 時 ) 朝食( )時頃 昼食( )時頃 夕食( )時頃 ・睡眠の状態: <input type="checkbox"/> 熟睡 <input type="checkbox"/> 眠りが浅い・よく目を覚ます <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い ・現在の食事の内容: <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 普通食 ・外遊び( )時間、週( )回 ・TV、ビデオ、ゲーム( )時間位/1日																																																																																				
基本的習慣について	・食事: <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> はし ・偏食: <input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし ・排泄: <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 連れて行くとトイレでする <input type="checkbox"/> 自分でトイレに行く ・更衣: <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 自立																																																																																				
出生時の状況について	・出産場所( ) ・在胎( 週 日 ) ・分娩: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 仮死 ・出生体重( g ) ・身長( cm ) ・頭囲( cm ) ・妊娠中、気になることはありましたか( )																																																																																				
入院中の状況について	・退院(生後 日) ・体重( g ) <input type="checkbox"/> NICU収容 <input type="checkbox"/> 保育器収容( 日から 日間) <input type="checkbox"/> 光線療法 <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> その他( )																																																																																				
接種したものに○をしてください	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td rowspan="4">混合4種</td> <td>第1期</td> <td>1回</td> <td></td> <td rowspan="4">Hib</td> <td>1回</td> <td></td> <td rowspan="4">小児肺炎球菌</td> <td>1回</td> <td></td> <td rowspan="4">日本脳炎</td> <td>第1期</td> <td>1回</td> <td></td> <td rowspan="4">B型肝炎</td> <td>1回</td> <td></td> <td rowspan="4">ロタ</td> <td>1回</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2回</td> <td></td> <td></td> <td>2回</td> <td></td> <td></td> <td>2回</td> <td></td> <td></td> <td>2回</td> <td></td> <td></td> <td>2回</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>3回</td> <td></td> <td></td> <td>3回</td> <td></td> <td></td> <td>3回</td> <td></td> <td></td> <td>3回</td> <td></td> <td></td> <td>3回</td> <td></td> </tr> <tr> <td>第1期追加</td> <td></td> <td></td> <td>追加</td> <td></td> <td></td> <td>追加</td> <td></td> <td></td> <td>第1期追加</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td rowspan="2">BCG</td> <td></td> <td>MR</td> <td>第1期</td> <td></td> <td>水痘</td> <td>1回</td> <td></td> <td>おたふく</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>第2期</td> <td></td> <td></td> <td>2回</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	混合4種	第1期	1回		Hib	1回		小児肺炎球菌	1回		日本脳炎	第1期	1回		B型肝炎	1回		ロタ	1回			2回			2回			2回			2回			2回			3回			3回			3回			3回			3回		第1期追加			追加			追加			第1期追加						BCG		MR	第1期		水痘	1回		おたふく				第2期			2回			
混合4種	第1期		1回		Hib		1回			小児肺炎球菌	1回			日本脳炎	第1期		1回			B型肝炎	1回		ロタ	1回																																																													
			2回					2回							2回						2回				2回																																																												
			3回					3回							3回						3回				3回																																																												
	第1期追加			追加				追加				第1期追加																																																																									
BCG		MR	第1期		水痘	1回		おたふく																																																																													
			第2期			2回																																																																															
発達経過について	・首のすわり( 月) ・寝返り( 月) ・ひとり座り( 月) ・ハイハイ( 月) ・つかまり立ち( 月) ・つたい歩き( 月) ・始歩( 月) ・はじめての言葉( 月) ・二語文( 月) ・人見知り( 月)																																																																																				
今まで、発達について相談や診察を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 歳 月頃) <input type="checkbox"/> 医師の診断を受けた 病院名( ) <input type="checkbox"/> 福祉機関等に相談した 機関名( ) ・その際にどのように言われましたか。( )																																																																																				
今までに大きな病気やけいれん・アレルギーはありますか。治療中の病気はありますか	・ 歳 月頃( ) ・ 歳 月頃( ) ・ 歳 月頃( ) ・ 歳 月頃( )																																																																																				
育児について	・育児に負担を感じることがありますか。( <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> ない ) 負担がある場合、どのようなことですか。  ・相談や協力をしてもらえる人がいますか。( <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> いない ) ・いっしょやる場合、どなたですか。( )																																																																																				