

# 1. 個人情報

作成日：平成 年 月 日

本人	ふりがな		性別	男・女	血液型	型
	氏名		生年月日	昭和 平成	年	月 日
	住所 (居住地)	(〒 - )				
	連絡先	TEL				
携帯						
FAX						
保護者	ふりがな		性別	男・女	血液型	型
	氏名		生年月日	昭和 平成	年	月 日
	住所 (居住地)	(〒 - )				
	連絡先	TEL				
携帯						
FAX						

緊急 連絡先	ふりがな		続柄	
	氏名		本人との関係	
	住所 (居住地)	(〒 - )		
	連絡先	TEL		
携帯				
緊急 連絡先	ふりがな		続柄	
	氏名		本人との関係	
	住所 (居住地)	(〒 - )		
	連絡先	TEL		
携帯				
緊急 連絡先	ふりがな		続柄	
	氏名		本人との関係	
	住所 (居住地)	(〒 - )		
	連絡先	TEL		
携帯				

## 家族の状況

氏名	本人との続柄	生年月日	職業	状況	備考
				同居 別居	



## 2 生育歴

妊 娠 期	異常（無・有） 重いつわり 妊娠中毒症 妊娠中の疾病（.....） 薬剤服用又は注射（.....） 喫煙習慣（無・有） 飲酒習慣（無・有） その他 .....
出 産 期	出産場所（.....病院・その他.....） 在胎（.....週） 出生時体重（.....g） 異常（無・有） 24時間以上 陣痛促進剤 骨盤位（逆子） 早期破水 鉗子分娩 帝王切開 保育器の使用（.....日） 黄疸（光線療法.....日） 仮死 その他 .....
乳 幼 児 期	哺乳量（多い・普通・少ない） 首のすわり（.....か月） 寝返り（.....か月） 一人座り（.....か月） ハイハイ（.....か月） つかまり立ち（.....か月） 一人歩き（.....か月） 人見知り（.....か月） 喃語（.....か月） 初語（.....か月） 二語文（.....か月） その他 .....
病 歴	はしか 百日咳 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ アレルギー（.....） その他 .....
予 防 接 種	BCG（.....年.....月） 三種混合 1期初回（.....年.....月・.....年.....月・.....年.....月） 1期追加（.....年.....月） 麻しん風しん混合 1期（.....年.....月） 2期（.....年.....月） 日本脳炎 1期初回（.....年.....月・.....年.....月） 1期追加（.....年.....月）

健診の状況	<p>1か月児健診</p> <p>受けた(どこで:.....)・受けていない</p> <p>結果(異常なし・要観察・要精密・要医療・要継続医療)</p> <p>受けたアドバイス</p>
	<p>3～4か月児健診</p> <p>受けた(どこで:.....)・受けていない</p> <p>結果(異常なし・要観察・要精密・要医療・要継続医療)</p> <p>受けたアドバイス</p> 
	<p>1歳6か月児健診</p> <p>受けた(どこで:.....)・受けていない</p> <p>結果(異常なし・要観察・要精密・要医療・要継続医療)</p> <p>受けたアドバイス</p>
	<p>3歳児健診</p> <p>受けた(どこで:.....)・受けていない</p> <p>結果(異常なし・要観察・要精密・要医療・要継続医療)</p> <p>受けたアドバイス</p>