

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 (熟睡 眠りが浅い・よく目を覚ます 寝付きが悪い) ・現在の食事の内容 (母乳 ミルク 軟食 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 (全介助 手づかみ スプーン はし) ・偏食 あり() なし ・排泄 (おむつ 連れて行くとトイレでする 自分でトイレに行く) ・更衣 (全介助 部分介助 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、なにか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">H i b</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">B C G</td> <td rowspan="2">M R</td> <td>第1期</td> <td></td> <td rowspan="2">水 痘</td> <td>1回</td> <td></td> <td rowspan="2">お た ふ く</td> <td></td> </tr> <tr> <td>第2期</td> <td></td> <td>2回</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	混合 4種	第1期	1回		H i b	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						B C G	M R	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		H i b		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																																																																				
B C G	M R	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) ・ひとみしり (あり なし)																																																																															
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"/> 医師の診察を受けた 病院名 () <input type="checkbox"/> 福祉機関等に相談した 機関名 () ・その時、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はありませんか。 (ある どちらともいえない ない) ・ある場合、それは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。 (ある どちらともいえない ない) ・いらっしゃる場合、どなたですか? ()																																																																															