|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 |  | 男・女 | 平成　　　令和　　年　　月　　日 |
| 呼び名 |  | 血液型 | 型 |
| 連絡が取りやすい番号 | （　　　　　）　　　　　　－　　　　　　　（父・母・他　　　　） |
| 住所 | 〒　　　自宅の電話番号 |
| 所属機関名（保育園、幼稚園等）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 学年　　( )歳児年少　　年中　　年長 |

**プロフィール**



記入年月日：　　年　　月　　日

家族構成

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 　名前 | 生年月日（年齢） | 職業・学校（学年） | 同居・別居 |
|  | 　 | 　 | 　 | □同　・□別 |
|  | 　 | 　 | 　 | □同　・□別 |
|  | 　 | 　 | 　 | □同　・□別 |
|  | 　 | 　 | 　 | □同　・□別 |
|  |  |  |  | □同　・□別 |
|  |  |  |  | □同　・□別 |
|  |  |  |  | □同　・□別 |
|  |  |  |  | □同　・□別 |

**成長の記録**

**生育歴・発達の経過**

　必要なところを記入し、該当するところにチェックをつけてください

|  |  |
| --- | --- |
| 生まれた病院 |  |
| 出産時 | **分娩の様子**□経腟分娩　　　□帝王切開　　　□その他（　　　　　　　）**お子さんの様子**在胎週数（　　　　　週　　　　日）出生体重（　　　　　　　　　ｇ　）出生身長（　　　　　　　　　ｃｍ）頭位　　（　　　　　　　　　ｃｍ）新生児聴覚検査( 問題なし・再検査　)生まれた時に下記のことがありましたか□仮死　　□蘇生□入院期間（　　　日間）□酸素使用□　黄疸　　（　普通　　　強　）□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 首のすわり | 　　　　歳　　か月頃 | 寝返り | 　　　　歳　　か月頃 |
| お座り | 歳　　か月頃 | はいはい | 　　　　歳　　か月頃 |
| つかまり立ち | 歳　　か月頃 | 伝い歩き | 歳　　か月頃 |
| 1人歩き | 　　　　歳　　か月頃 | あやすと笑う | 　　　　歳　　か月頃 |
| 人見知り | □無　□有　　　　　歳　　か月頃 | バイバイなど動作の真似をする | 歳　　か月頃 |
| 初めての単語 | 　　　　歳　　か月頃 |
| 乳幼児健診で何か指摘されたり、発達について相談したことはありますか□無□有　時期と内容1歳6か月児健診：3歳6か月児健診：その他 |

**発達について今までに相談した場所（保健センター・病院**

**児童相談所など）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年　月 | 機関名 | 相談や訓練、治療の内容 |
| 　 | 　 |  |  | 　 |  |  |  |  |  |  | 　 |  |  |  |  |  | 　 |
|  |  |  |  | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
|  |  |  |  | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
|  |  |  |  | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
|  |  |  |  | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
|  |  |  |  | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
|  |  |  |  | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
|  |  |  |  | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
|  |  |  |  | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
|  |  |  |  | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

**心配なことや相談したいことがありましたら、書いてください**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |