


プロフィール


記入年月日： 年 月 日

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	

家族構成

続柄	名前	生年月日 (年齢)	職業・学校 (学年)	同居・別居
				<input type="checkbox"/> 同 • <input type="checkbox"/> 別
				<input type="checkbox"/> 同 • <input type="checkbox"/> 別
				<input type="checkbox"/> 同 • <input type="checkbox"/> 別
				<input type="checkbox"/> 同 • <input type="checkbox"/> 別
				<input type="checkbox"/> 同 • <input type="checkbox"/> 別
				<input type="checkbox"/> 同 • <input type="checkbox"/> 別
				<input type="checkbox"/> 同 • <input type="checkbox"/> 別



成長の記録



生育歴・発達経過

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 <input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 蘇生 <input type="checkbox"/> 入院期間 (日間) <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> 黄疸 (普通 強) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	歳	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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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