

児童名	ふりがな	第1希望	保育所	歳児クラス
		生年月日	年 月 日生	歳 ヶ月
保護者名	ふりがな	住所	八潮市	
		TEL	—	—
生育歴	状況を記入してください			
	◎胎生期(母体・胎児の健康状態) 正常・異常 ()			
	◎出産時 出産予定日(年 月 日) 早産・満期産・過期産・多児(人) 体重(g)(未熟児・低体温児・巨大児)・身長(cm)・頭囲(cm) 正常分娩・鉗子・吸引・帝王切開・その他() 元気・衰弱・仮死・チアノーゼ・血腫・へその緒() 黄疸 無・有 保育器使用 無・有 (日)			
	◎乳幼児期 栄養(母乳・人工・混合) 吸乳状態 良・不良(量不足・吐乳) 離乳開始(ミルク以外) ヶ月 ~ 完了 歳 ヶ月 首のすわり ヶ月 はいはい 歳 ヶ月 始語(単語) 歳 ヶ月 始歩 歳 ヶ月			
◎乳幼児健診時の指摘事項 4ヶ月児健診 無・有(指摘事項:)・未診 10ヶ月児健診 無・有(指摘事項:)・未診 1歳6ヶ月健診 無・有(指摘事項:)・未診 3歳児健診 無・有(指摘事項:)・未診				
医療歴	◎既往症 中耳炎・扁桃腺炎・ぜん息・ヘルニア(脱腸)・斜視・肘内障(脱臼)・アトピー性皮膚炎 はしか・水疱瘡・おたふく・内外反足・その他()			
	◎予防接種 順調・遅れ気味・未接種			
	◎食物アレルギー 無・有(卵・牛乳・小麦・大豆・そば・ピーナッツ・その他…) (症状:)			
	◎宗教上の理由で食べられない物 無・有()			
	◎ひきつけ・けいれん 無・有(1回目 歳 ヶ月 / 発熱 度 分) 現在の状況()			
	◎大きな病気 無・有(症状:)			
	◎慢性疾患等(病気や発達のことで治療や相談をしている病院・施設) 無・有 → 病名・症状 () 病院・施設名 () 服薬 無・有(朝・昼・夕・)			
	◎心身の障がい 無・有(症状:) 障害手帳 (級) 療育手帳 (判定)			
◎備考				