

家庭票 I (家庭欄)

(0・1歳児用)

年 月 日記入

ふりがな 児童名		生年月日	年 月 日生 (男 女)	愛称	
住所				(電話)	
ふりがな 保護者名		児童との 続柄		家庭への 連絡方法	(携帯電話)
家族構成 (本児を除く)	名前	続柄	生年月日	勤務先等	勤務先電話番号
家庭での 子どもの 姿	食	①授乳 母乳 人工 混合 ミルク名() 乳首種類() 1回の哺乳量(cc) 1日の回数(回)			
	事	②離乳食 主に食べさせているもの() ③食事 食べさせている 自分で食べようとしている (スプーン 手づかみ) すきなもの() きらいなもの()			
	排泄	①便の回数 1日 回 ②便の状態 軟らかい 普通 硬い ③おまるを使っていますか はい (か月頃より) いいえ			
	睡眠	①昼寝 する(回) しない ②寝つかせる方法 抱く おんぶ 添い寝 布団に入ってトントン 一人で その他() ③寝かせる姿勢 あおむき うつ伏せ その他() ④寝つき よい わるい 寝ぐずり			
好きな 遊び・ おもちゃ					
保育所(園)への希望					
※ 備考					

※記入の必要はありません

家庭票Ⅱ (生育歴欄)

児童名 _____

出生歴	第 子	①妊娠中の異常 なし あり (妊娠中毒症 流早産傾向 その他 ())				
		②分娩時の異常 なし あり (帝王切開 仮死 呼吸障害 吸引 鉗子 その他 ())				
		③在胎週数 (週)				
		④出生時の身長 (cm)		体重 (g)		
発育歴	首のすわり	_____ か月	生歯	_____ か月	おすわり	_____ か月
	はいはい	_____ か月	歩行	_____ か月	片言	_____ か月
既往歴	① なし あり (はしか 風しん 百日咳 水ぼうそう おたふくかぜ 肺炎 気管支炎 中耳炎 その他 ())					
	②ひきつけ _____ 回 (熱なし 熱あり) …治療 (なし あり)					
		③入院を要した病気、けが (_____ 歳 _____ か月 病名等 ())				
体質	①アレルギー なし あり (アトピー性皮膚炎 喘息 じん麻疹 鼻炎 結膜炎)					
	原因 食品 () 薬品 () その他 ()					
		②その他 下痢しやすい 便秘しやすい よく熱を出す 湿疹がしやすい 中耳炎をおこしやすい 扁桃腺がはれやすい 脱臼しやすい (部位 _____)				
		上記以外の健康面で気になること _____				
予 防 接 種	・ Hibヒブ	(_____ 年 / _____ . / _____ . / _____) (_____ 年 / _____)				
	・肺炎球菌	(_____ 年 / _____ . / _____ . / _____) (_____ 年 / _____)				
	・ BCG	(_____ 年 / _____)				
	・四種混合	(_____ 年 / _____ . / _____ . / _____) (_____ 年 / _____)				
	・ポリオ	(_____ 年 / _____ . / _____ . / _____) (_____ 年 / _____)				
	・MR[麻しん・風しん]	(_____ 年 / _____) (_____ 年 / _____)				
	・日本脳炎	(_____ 年 / _____ . / _____) (_____ 年 / _____)				
	・おたふくかぜ	(_____ 年 / _____)				
	・水ぼうそう	(_____ 年 / _____) (_____ 年 / _____)				
	・ロタウイルス	(_____ 年 / _____ . / _____) (_____ 年 / _____)				
・ B型肝炎	(_____ 年 / _____ . / _____) (_____ 年 / _____)					
健 康 診 査		受診の有無	特記事項の有無	特記事項の内容	受診機関名	
	1か月健診	有 無	有 無			
	4か月健診	有 無	有 無			
	10か月健診	有 無	有 無			
	1歳6か月健診	有 無	有 無			
	3歳6か月健診	有 無	有 無			