

生 育 歴

園児名 _____

健康保険証	名称	記号	番号
子ども医療費受給資格証番号			
かかりつけの医者 (病院名・科)		平熱	
出生時の状況	早産 (週)	在胎 (週)	
出生時の状態	身長 . cm	体重 g	頭囲 . cm 胸囲 . cm
首がすわった時期	か月	人見知り	か月
授乳状況	母乳 粉乳 混合 (出生時から . か月から) 時間をきめた 時間をきめない		
離乳食状況	開 始	か月頃 . 完 了	か月頃
発 語	か月頃	歩 行	か月頃
睡 眠	夜泣き 夜尿 午前睡眠 . 午後睡眠 その他くせ ()		
排 泄	尿 : 頻尿・普通・あまり行かない 便 : やわらかめ・普通・固め () 日に一回程度		
環 境	好きな玩具 ()		
その他	弱視 難聴 病虚弱 肢体不自由 吃音 発音がおかしい ことばの数が少ない 多汗 貧血 偏食 多動 ひきつけ 奇声 爪かみ チック 頭痛 利き手 () その他 ()		

体質で該当するものに○をつけてください。	入所前	年度	年度	年度	年度	年度	年度
風邪をひきやすい							
扁桃腺がはれやすい							
口内炎がでやすい							
吐きやすい							
下痢しやすい							
喘息が起きやすい							
気管支炎になりやすい							
鼻血が出やすい							
化膿しやすい							
中耳炎になりやすい							
アトピー性皮膚炎							
その他 ()							

具体的に記入をお願いします。	入所前	年度	年度	年度	年度	年度	年度
アレルギー (内 容)							
医師の診断	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
エビペン®使用	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無
熱性けいれん	年 月 日 年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日 年 月 日
脱臼 (箇所)	なし 直近 月 日 箇所 回数 回 場所	なし 直近 月 日 箇所 回数 回 場所	なし 直近 月 日 箇所 回数 回 場所	なし 直近 月 日 箇所 回数 回 場所	なし 直近 月 日 箇所 回数 回 場所	なし 直近 月 日 箇所 回数 回 場所	なし 直近 月 日 箇所 回数 回 場所
その他 (病歴・入院履歴等)							

健康診査	3~4か月	なし . 気になることあり ()
	9~10か月	なし . 気になることあり ()
	1歳6か月児	なし . 気になることあり ()
	3歳児	なし . 気になることあり ()