

プロフィール

【本人】

記入日： 年 月 日

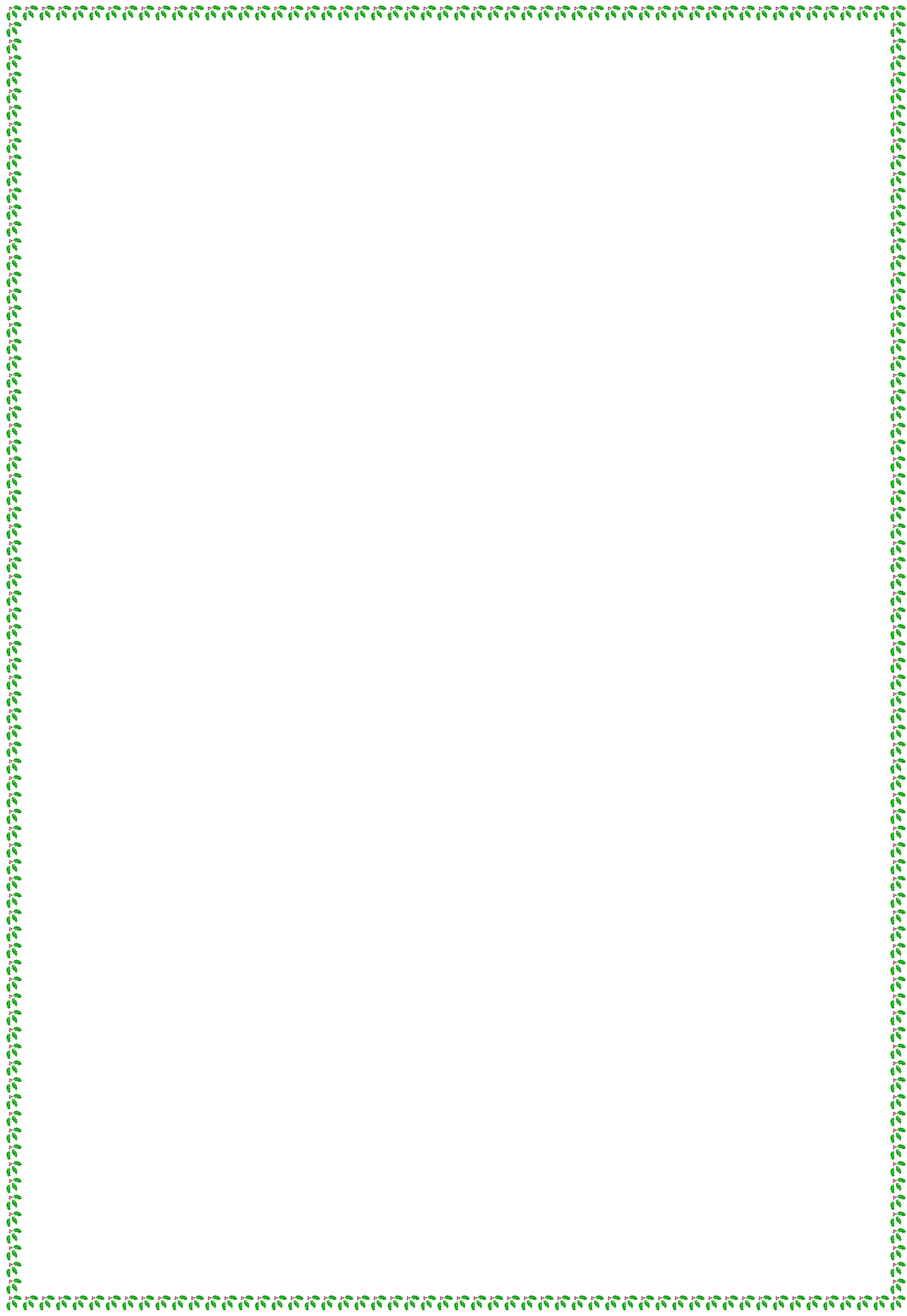
ふりがな			生年月日	年	月	日生
氏 名			性 別	男 ・ 女	血液型	
住所 1	〒					
住所 2	〒 (変更日)					
電話番号	自 宅		携 帯			

【家族構成】

ふりがな 氏 名	生年月日	続柄	同居	職 業・学 校	備 考 (勤務先・学校名など)
			同・別	自営・勤め・学生・なし・ その他 ()	
			同・別	自営・勤め・学生・なし・ その他 ()	
			同・別	自営・勤め・学生・なし・ その他 ()	
			同・別	自営・勤め・学生・なし・ その他 ()	
			同・別	自営・勤め・学生・なし・ その他 ()	

【緊急連絡先】

1	ふりがな		続 柄	
	氏 名			
	携帯番号			
	勤務先電話番号	(会社名)		
2	ふりがな		続 柄	
	氏 名			
	携帯番号			
	勤務先電話番号	(会社名)		



本人の生育歴

【妊娠期の様子】

記入日： 年 月 日

妊娠中の健康状態	☐ 良好 ☐ 高血圧 ☐ 体重増加 ☐ むくみ ☐ 貧血 ☐ その他（ ）		
妊娠中の様子	妊娠中に特に気になることはありましたか？ ☐ 特になし ☐ あり（ ）		
妊娠期間	週 日	出産の場所	
分娩	あてはまる項目すべてにチェックしてください。 ☐ 正常分娩 ☐ 陣痛微弱 ☐ 逆子 ☐ 鉗子分娩 ☐ 吸引分娩 ☐ 帝王切開 ☐ 早期破水 ☐ 人工破水 ☐ 麻酔をかけた ☐ 仮死分娩 ☐ その他（ ）		
出生体重	g	頭 囲	cm

【出生の経過】 ※生まれてから1ヶ月頃までの様子

仮死	☐ 無 ☐ 有	黄疸	☐ 無 ☐ 有（軽度・中程度・重度）
酸素投与	☐ 無 ☐ 有	保育器使用	☐ 無 ☐ 有（生後 日から 日）
けいれん	☐ 無 ☐ 有	出血	☐ 無 ☐ 有（いつ どこから ）
発熱	☐ 無 ☐ 有	栄養	☐ 混合 ☐ 母乳 ☐ ミルク
顔や身体が紫色になったことがありましたか		☐ 無 ☐ 有（どんなときに ）	
新生児聴覚検査は受けましたか		☐ いいえ ☐ はい ⇒ 異常なし・再検査（再検査の結果 ）	

【発達の経過（乳幼児期）】 ※母子手帳の記録などをもとに記入ください。

親の動きを目で追う	歳 ヶ月	笑う	歳 ヶ月
首のすわり	歳 ヶ月	寝返り	歳 ヶ月
座る	歳 ヶ月	ハイハイ	歳 ヶ月
伝い歩き	歳 ヶ月	一人歩き	歳 ヶ月
あやすと笑う	歳 ヶ月	人見知り	歳 ヶ月
指差し	歳 ヶ月	後追い	歳 ヶ月
バイバイと手を振る	歳 ヶ月	動作の模倣	歳 ヶ月
始語	はじめての意味のあることば（「マンマ」「ワンワン」など）を話す 歳 ヶ月（内容： ）		
二語文	二語を組み合わせて（「マンマ ナイ」「オンモ イク」など）話す 歳 ヶ月（内容： ）		
おしっこやうんちを知らせる	歳 ヶ月		
昼間おむつが完全にいらなくなる	歳 ヶ月		
夜もおむつが完全にいらなくなる	歳 ヶ月		
この時期に気になったことはありますか（あてはまる項目すべてにチェックしてください）			
☐ 落ち着きない ☐ おとなしい ☐ 寝てばかりいた ☐ あまり寝ない ☐ よく動き回る ☐ かんしゃく ☐ 気持ちのきりかえ ☐ 湿疹 ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 風邪 ☐ 病気がち ☐ その他（ ）			

【乳幼児期にかかった大きな病気等】

※ひきつけ・ぜんそく・川崎病・心臓病など

時 期 (年 齢)	診断名	症 状
年 月 (歳 ヶ月)		
年 月 (歳 ヶ月)		
年 月 (歳 ヶ月)		

【健診の記録】

3～4か月児健診	☐ 受けていない ☐ 受けた 【健康・要観察・その他】 (健康診査での様子)	<場所> ☐ 羽村市保健センター ☐ その他 ()
1歳6か月児健診	☐ 受けていない ☐ 受けた 【健康・要観察・その他】 (健康診査での様子)	<場所> ☐ 羽村市保健センター ☐ その他 ()
3歳児健診	☐ 受けていない ☐ 受けた 【健康・要観察・その他】 (健康診査での様子)	<場所> ☐ 羽村市保健センター ☐ その他 ()
その他の健診 () 健診	☐ 受けていない ☐ 受けた 【健康・要観察・その他】 (健康診査での様子)	<場所>

保健センターで継続的に受けた相談は
ありますか

- ☐ なし
☐ あり

(下の表にわかる範囲でご記入ください)

時 期	相 談 の 内 容	相談の担当者等
年 月 ～ 年 月		
年 月 ～ 年 月		
その他、気付いたこと		

本人の様子

【からだの状態】

記入日： 年 月 日

身長	cm	体重	kg	平熱	℃
健康状態	☐ 良好 ☐ その他（ ）				
視力	あてはまる項目にチェックしてください。 ☐ 良好 ☐ 近視 ☐ 遠視 ☐ 弱視 ☐ 斜視 ☐ その他（ ）				
	眼鏡使用	☐ 無 ☐ 有			
聴力	あてはまる項目にチェックしてください。 ☐ 良好 ☐ 難聴 ☐ 聴力低下 ☐ その他（ ）				
	補聴器使用	☐ 無 ☐ 有			
利き手はどちらですか	鉛筆	☐ 右 ☐ 左 ☐ 両手 ☐ はっきりしない			
	箸	☐ 右 ☐ 左 ☐ 両手 ☐ はっきりしない			
	ボール	☐ 右 ☐ 左 ☐ 両手 ☐ はっきりしない			

【持病・体質など】

アレルギー	食物アレルギー	☐ 無 ☐ 有（原因： ）
	薬アレルギー	☐ 無 ☐ 有（原因： ）
	ぜんそく	☐ 無 ☐ 有
	鼻炎	☐ 無 ☐ 有
てんかん	てんかん発作	☐ 無 ☐ 有（タイプ： ）
	薬の使用	☐ 無 ☐ 有（薬名： ）
禁忌薬（飲んではいけない薬）		☐ 無 ☐ 有（薬名： ）
その他 慢性的な病気	診断名： 薬名： 治療内容：	
	診断名： 薬名： 治療内容：	

【発達に関する相談・検査等について】

お子さんのことで、現在あるいは過去に、相談や受診、指導を受けていたらご記入ください。

相談内容	時 期	どこで・どなたに	結果、診断名、服薬等
【記入例】乳幼児健康相談	平成28年6月頃	保健センター ○○医師	医療機関受診をすすめられる
同上	平成28年9月頃	○○○病院 ○○医師	ADHD診断 薬：○○○
	～ 年 月頃		
	～ 年 月頃		
	～ 年 月頃		
	～ 年 月頃		
	～ 年 月頃		

お子さんが受けた検査（知能検査、脳波検査、MRI等）がありましたら、ご記入ください。

検 査 名	時 期	受 け た 所	結 果
【記入例】WISC-Ⅳ	平成28年7月頃	教育相談室	全検査IQ○○（言語・知覚・WM・処理）
	年 月頃		
	年 月頃		
	年 月頃		
	年 月頃		
	年 月頃		