

児童の状況について

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		性別	男・女	生年月日	平成令和	年	月	日
児童氏名								

市
確認

予防接種の状況	<input type="checkbox"/> BCG(結核) <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 四種混合(DPT-IPV) <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> その他(_____)		
出生時の状況	在胎週数 (_____ 週) 体重(_____ g)		
検診の状況	<input type="checkbox"/> 5か月児検診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月児検診 <input type="checkbox"/> 2歳歯科検診 <input type="checkbox"/> 3歳児検診	指導事項はありましたか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →内容： _____ _____	
	発達の状況	<input type="checkbox"/> 首がすわっている →(_____ か月頃から) <input type="checkbox"/> 寝返りができる →(_____ か月頃から) <input type="checkbox"/> お座りができる →(_____ か月頃から) <input type="checkbox"/> ハイハイができる →(_____ か月頃から) <input type="checkbox"/> ひとりで立てる →(_____ か月頃から) <input type="checkbox"/> 伝い歩きができる →(_____ 頃から) <input type="checkbox"/> ひとり歩きができる →(_____ 頃から)	
<input type="checkbox"/> トイレができる <input type="checkbox"/> トイレができない <input type="checkbox"/> おむつを使用する(□常時 □寝るとき □外出時 □その他(_____))			
<input type="checkbox"/> 笑いかけると笑顔で返してくる <input type="checkbox"/> 呼べば振り向く <input type="checkbox"/> 片言(ワンワン、マンマなど)は発する <input type="checkbox"/> 遠くのモノを指さすと、その方向を見る <input type="checkbox"/> 簡単な会話ができる <input type="checkbox"/> 問題なく会話できる			
<input type="checkbox"/> 落ち着きがない、じっとしてられない感じがする <input type="checkbox"/> 目が合っていないように感じる <input type="checkbox"/> あまり笑わないように感じる <input type="checkbox"/> こだわりが強いところがある →(こだわりの内容： _____) <input type="checkbox"/> その他気になる点(_____)			

