

生育調査票

平熱

生年月日 年 月 日

児童名

現在 歳 ヶ月

発達状況	栄養	母乳・混合・ミルク	首すわり	ヶ月		
	寝返り	ヶ月	はいはい	ヶ月		
	お座り	ヶ月	つたい歩き	ヶ月		
	歩行	ヶ月	発語	ヶ月		
	離乳食開始	ヶ月	血液型	型		
発育の現状	食事	食べ方 介助・手づかみ・スプーンフォーク・補助箸・箸 食事形態 ミルク/母乳・離乳食(形状:)・普通食 離乳食/ミルク 回 食事量 少ない・普通・多い 飲み物 コップ・マグマグ・ストロー 好き嫌い あり()・なし				
	睡眠	夜	時	～ 時		
		お昼寝	時	～ 時		
	排泄	オムツ・トイレ				
遊び						
予防接種の記録	インフルエンザb型(Hib)	(1)	年 月 日	四種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)	(1)	年 月 日
		(2)	年 月 日		(2)	年 月 日
		(3)	年 月 日		(3)	年 月 日
		追加	年 月 日		追加	年 月 日
	小児肺炎球菌	(1)	年 月 日	BCG		年 月 日
		(2)	年 月 日	麻疹・風疹	(1)	年 月 日
		(3)	年 月 日		(2)	年 月 日
		追加	年 月 日	水痘	(1)	年 月 日
	B型肝炎	(1)	年 月 日	日本脳炎	(2)	年 月 日
		(2)	年 月 日		(1)	年 月 日
		(3)	年 月 日		(2)	年 月 日
	ロタ	(1)	年 月 日		追加	年 月 日
(2)		年 月 日				
(3)		年 月 日				

今までに かかった事 のある大き な病気やケ ガ	熱性痙攣	ある ・ ない	おたふく	ある ・ ない
	喘息	ある ・ ない	中耳炎	ある ・ ない
	アトピー	ある ・ ない	アレルギー	ある ・ ない
	*かかった疾患について具体的に			

かかりつけ医	小児科	病院 TEL
	外科	病院 TEL
	皮膚科	病院 TEL
	耳鼻咽喉科	病院 TEL

同居家族構成	
--------	--

その他兄やご家族について 心配な事などがあればお書きください	
-----------------------------------	--