

(○印をつけるかまたは書き込んで下さい。わからないところはそのままで結構です。)

氏名 _____

出生時

- 1) 生まれたときの体重 _____ g 身長 _____ cm
- 2) 予定日通り または (_____) か月 または (_____) 週
- 3) 生まれてすぐなきましたか・・・・・(はい・いいえ)
- 4) 黄疸 (なし・軽・重) 光線療法 (受けた・受けない)
仮死、哺乳障害、体重増加不良、その他 (_____)
- 5) 母乳は何か月まで与えましたか (_____) か月
- 6) お子さんの今までの発育は順調でしたか・・・・・(はい・いいえ)

妊娠中のお母さんの状態について

- 1) 次のような症状がありましたか
高血圧、浮腫、尿糖、発熱、発疹
- 2) その他なにか病気をしましたか (_____)

お子さんは今までになにか病気をしたことがありますか

- 1) 喘息、ひきつけ、肺炎、水ぼうそう、おたふくかぜ、麻疹、風疹、百日咳
溶連菌感染症、髄膜炎、川崎病、心臓病、その他 (_____)
- 2) いつも飲んでいる薬がありましたら記入して下さい。
(_____)
- 3) 内服薬や注射でアレルギー反応を起こしたことがありますか・・・・・(いいえ・はい)

ご家族のかたについてお聞きします。

1) ご家族の方の健康状態についてお聞きします。

	年齢	職業	健康状態
父			
母			
父方祖父			
父方祖母			
母方祖父			
母方祖母			
きょうだい			

2) 現在同居されているのは何人ですか _____ 人

お子さんの現在の状態について

- 1) 昼間はどなたがみておられますか・・・・・保育園・幼稚園・母・祖母・その他 (_____)
- 2) 現在通っておられる学校あるいは保育園・幼稚園はどこですか (_____)
- 3) 現在何か困っていることがありますか (_____)