

# 児童の記録

記入日 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ ヶ月  
父 氏名 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_  
母 氏名 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_

該当する項を○で囲み、空欄はお分かりになる範囲でご記入ください。

1、今回、どのようなことで診察を受けに来られましたか。  
( \_\_\_\_\_ )

2、それは、いつ頃からですか。 ( \_\_\_\_\_ )

3、誰から紹介されましたか。 ( \_\_\_\_\_ )

## 4、妊娠中のことについて

- ① 妊娠3ヶ月までに何か病気をされましたか。 ( はい ・ いいえ )  
「はい」の方の病名 ( \_\_\_\_\_ )
- ② 妊娠中下記の状況はありましたか  
・流産しそうになった ・貧血 ・妊娠中毒症 ・感染症  
・その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 5 出産について

- ① 出産時のお母様の年齢 \_\_\_\_\_ 才 職業 \_\_\_\_\_
- ② 妊娠 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日で出産した。 出産した産院 \_\_\_\_\_
- ③ 生まれた時の体重 \_\_\_\_\_ g 身長 \_\_\_\_\_ cm 頭囲 \_\_\_\_\_ cm 胸囲 \_\_\_\_\_ cm
- ④ 分娩は (正常産、帝王切開、吸引分娩、その他 ( \_\_\_\_\_ ))
- ⑤ 出産時の赤ちゃんの胎位は (頭位、骨盤位、その他 ( \_\_\_\_\_ ))
- ⑥ 生まれて [ ・すぐ勢いよく泣いた  
・しばらく仮死状態で泣かなかった  
・ひきつけがあった

## 6 生まれてからの様子

- ① 栄 養 ( 母乳 ・ 混合 ・ 人工 (ミルク) )
- ② 哺 乳 力 ( よい ・ 弱い ・ 飲めなかった )
- ③ 黄 疸 ( 普通 ・ 強い )  
光線療法 ( 有 ・ 無 )
- ④ 保 育 器 ( 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ 日間入っていた ) )

裏面に続く

7 今までの状況

① 今までにかかった病気はありますか

麻しん・風しん・おたふくかぜ・水ぼうそう・髄膜炎・その他 ( )

② ひきつけをおこしたことはありますか ( ある ・ ない )

③ 脳波検査を受けたことはありますか ( ある ・ ない )

④ CT・MRIを受けたことはありますか ( ある ・ ない )

⑤ 染色体検査を受けたことはありますか ( ある ・ ない )

⑥ 予防接種 ポリオ・三種混合・四種混合・BCG・麻しん風しん混合・日本脳炎  
ヒブ・小児肺炎球菌・おたふく・水ぼうそう・その他 ( )

8 発達について

①	あやかして笑う	ヶ月頃	つかまり立ち	ヶ月頃
	首が坐る	ヶ月頃	つたい歩き	ヶ月頃
	寝返りをする	ヶ月頃	ひとりで立つ	ヶ月頃
	ひとりで坐る	ヶ月頃	ひとりで歩く	ヶ月頃
	ハイハイする	ヶ月頃	はじめて言葉を話した	ヶ月頃

② 言葉の発達

- ・全く言えない
- ・単語 (パパ、ママ、ワンワン)
- ・2語文 (ママ行く、ママだっこ)
- ・3語文 (ママジュース買って)
- ・何でも言える

③ 発音について ( 正常 ・ 異常と感じる ・ その他 ( ) )

9 ご家族について

① ご両親は健康ですか ( はい ・ いいえ )

② ご兄弟はいらっしゃるですか ( はい ・ いいえ )

いらっしゃる場合、年齢・性別・健康の有無を教えてください

年齢	才	才	才	才
性別	男・女	男・女	男・女	男・女
健康	はい いいえ ( )	はい いいえ ( )	はい いいえ ( )	はい いいえ ( )

10 その他、何か気になる所がございましたらご記入ください

( )

ありがとうございました