

## 《個人記録シート》

NO.		記載日: 年 月 日 記載者: _____			
ふりがな				生年	平成 年 月 日
児氏名	男・女			月日	( 歳 か月)
住 所	〒630-8306 奈良市紀寺町580-2				校区名: 飛鳥
電話番号	自宅: 0742-20 _____ -2100		FAX: _____ - _____		
	携帯: _____ - _____		( )		
家族構成 (同居) ※対象児を 除く	氏名	生年月日(年齢)	続柄	職業	健康状態(受診歴等)
		( )			
		( )			
		( )			
		( )			
		( )			
育児協力者	1. 夫, 2. 母方実家( ), 3. 父方実家( ), 4. 他: どのような協力をしてもらえますか				現在所属している所を記入して下さい。在宅の方は1に○をしてください。
所属状況	1. 在宅 : みどり園通園(あり・なし) : 年 月 ~ 年 月 ~ → 就園予定( ) 年 月 ~				
	2. 就園 : ( ) 保育園・幼稚園・こども園 :				
	3. 事業所: ( ) : 年 月 ~				
	4. 習いごと: ( )				
妊娠経過	1. 正常, 2. 妊娠高血圧症候群, 3. 切迫早産, 4. 他:				母子手帳の記録を元にご記入ください
分娩経過	1. 正常, 2. 早産, 3. 帝王切開( ), 4. 吸引分娩, 5. 自然分娩				
出生状況	在胎週数: ( ) 週		体重: ( ) g		単胎・多胎( )
	1. 異常なし, 2. 仮死, 3. 保育器使用, 4. 他:				
既往歴	1. なし, 2. 心臓病, 3. 肺炎, 4. 中耳炎, 5. 熱性けいれん・ひきつけ 6. アレルギー体質(アトピー性皮膚炎・鼻炎・喘息), 7. 他:				
これまでの健診・相談等	・4か月児健診 : 未受診・受診(助言内容)				健診場面で相談した事や健診でアドバイスされたり、気になると言われたことがあれば記入して下さい。
	・10か月児健診 : 未受診・受診(助言内容)				
	・1歳7か月児健診 : 未受診・受診(助言内容)				
	・3歳6か月児健診 : 未受診・受診(助言内容)				
	・発達相談 : 平成 年 月 (助言内容)				
	・発達支援教室(きしゃぼっぽ教室): 平成 年 月				他市町村で相談された場合はその旨ご記入ください。
発達に関する医療	・かかりつけ医 : 1. なし, 2. あり →				
	・診断名 :		・訓練 :		

