

《 個 人 記 録 シ ー ト 》

記載日： 年 月 日 記載者：

ふりがな			生年	年 月 日	
幼児氏名	男 ・ 女		月日	(歳 か月)	
住 所	〒 小学校区名：				
電話番号	自宅： - -		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	育児協力者はおられますか。				
所属状況	1. 在宅： 親子教室利用 (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 : 年 月～				
	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： _____				
分娩経過	1. 正常 , 2. 早産 , 3. 帝王切開 (), 4. 吸引分娩 , 5. 他： _____				
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) ・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 : 年 月 (助言内容) ・発達支援親子教室： 年 月				
発達に関する 医療	・かかりつけ医 : 1. なし , 2. あり → 医師名： ・診断名 : ・訓練：				

発達相談内容に係る本人及び家族の個人情報について、奈良市個人情報保護条例に基づき、必要な範囲内で関係機関に個人情報の使用または収集することに同意します。

保護者 署名 _____

保護者 署名