

3 基本情報

作成日 年 月 日

プロフィール

ふりがな					生年月日	H 年 月 日	性別	男・女
氏名								
住所	〒 —				電話	—	—	()
					FAX	—	—	()
					携帯電話等	—	—	()
						—	—	()
家族構成 ※主たる養育者：								
氏名	続柄	生年月日	職業	備考				

妊娠・出産・乳幼児期の情報

妊娠中の状況	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> その他 ()			
分娩時の状況	<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> その他 ()			
在胎週数	週 日	出生体重	g	
出生した病院名				
その他 (出生時の こどもの状態等)	例：NICUに入院(1ヶ月)		<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> 出生後すぐに病院に入院したり、検査や手術を行ったりしたこと等が記入できる欄です。 </div>	
首のすわり	歳 ヶ月頃	お座りする	歳 ヶ月頃	
一人歩きする	歳 ヶ月頃	意味のある言葉を言う	歳 ヶ月頃	

かかりつけの病院

医療機関：..... (回 / 月) 診断名：..... 主治医：..... 服薬： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (朝・昼・晩・就寝前)	医療機関：..... (回 / 月) 診断名：..... 主治医：..... 服薬： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (朝・昼・晩・就寝前)
医療機関：..... (回 / 月) 診断名：..... 主治医：..... 服薬： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (朝・昼・晩・就寝前)	医療機関：..... (回 / 月) 診断名：..... 主治医：..... 服薬： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (朝・昼・晩・就寝前)
医療機関：..... (回 / 月) 診断名：..... 主治医：..... 服薬： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (朝・昼・晩・就寝前)	医療機関：..... (回 / 月) 診断名：..... 主治医：..... 服薬： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (朝・昼・晩・就寝前)
<特記事項> 例：〇〇年〇月 〇〇病院を初めて受診。 脳波, MRI 検査をしている。 〇〇病院の言語療法を〇才～ 〇年間受けていた。	

病院の受診をした年月や、受けたことのある検査、リハビリを受けていた期間などを記入できる欄です。

相談・療育の情報

相談をしたことがある機関 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 保健センター <input type="checkbox"/> 早期療育相談 <input type="checkbox"/> 児童相談所 <input type="checkbox"/> その他 (乳幼児健診や相談機関で相談を受けた場合やフォローアップ教室や療育機関に通った期間などを記入できる欄です。
<特記事項> 例：1歳6か月児健診の時に発達の遅れで相談。〇〇教室を見学（利用はしていない）。 歯科健診の時に保健センターで相談。〇〇療育支援センターを紹介され、利用開始。 〇〇教室（〇〇年〇月～〇〇年〇月） 〇〇園（〇〇年〇月～〇〇年〇月）	

