**プロフィール**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　シート１－①

記入日　　　 　　　　年　　　月　　　日

記入者氏名

子どもの情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 家庭での呼び名 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 記入時の年齢 | 　　歳　　　か月 |
| 住所 | 〒１９０－立川市 |
| (転居後の)住所 | 〒１９０－立川市 |
| 電話番号 |  |
| 電話番号 |  |

家族の情報（同居している方）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家族構成 | 続柄 | 氏名 | 生年月日 | 所属（仕事・学校等） | 備考 |
|  |  |  年 　月　 日 |  |  |
|  |  |  年 　月　 日 |  |  |
|  |  |  年 　月　 日 |  |  |
|  |  |  年 　月　 日 |  |  |
|  |  |  年 　月　 日 |  |  |
|  |  |  年 　月　 日 |  |  |
|  |  |  年 　月　 日 |  |  |

緊急連絡先

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 本人との関係 |  | 電話番号 |  | 住所(地名) |
| 携帯番号 |  |  |
| 氏名 |  | 本人との関係 |  | 電話番号 |  | 住所(地名) |
| 携帯番号 |  |  |

**生い立ち**　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　シート１－②a

◇妊娠の様子

 〇　妊娠中の経過：問題なし

　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

　〇　妊娠中の母の病気等：なし

　　　　　　　　　　　　　あり（病名　　　　　　　　　　　）

　〇　薬の服用：なし

　　　　　　　　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　〇　妊娠中気になったことや心配していたこと・妊娠中の気持ち

◇出産の様子

　〇　妊娠期間（　　　週　　　日）

　〇　出生体重　　　　　ｇ　　　　　〇出生身長　　　　　㎝

　〇　胸囲　　　　　　　㎝　　　　　〇頭囲　　　　　　　㎝

　〇　分べん方法（経ちつ・帝王切開・

　　　　　　　　　その他　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　〇　特別な所見・処置（仮死・その他｟　　　　　　　　　｠）

　　　　　　　　　　　（保育器使用｟　　　日間｠

　　　　　　　　　　　　その他｟　　　　　　　　　　　　｠）

　〇　先天性代謝異常検査：異常なし

　　　　　　　　　　　　　異常あり（　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　未実施

　〇　新生児聴覚検査：右（パス・リファー）左(パス・リファー)

　　　　リファーの場合：再検査・精密検査（　　　　　　　　）

　〇　退院日：　　月　　日（　　日間入院）

　〇　医師の診断や出産時に気になったこと

◇乳幼児期の様子　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　シート１－②b

乳幼児期で気になったこと

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＜身体や社会性の発達＞

　〇　首のすわり　　　　　　　：　　　歳　　　か月頃

　〇　あやすと笑う　　　　　　：　　　歳　　　か月頃

　〇　寝返りをする　　　　　　：　　　歳　　　か月頃

　〇　ひとりすわり　　　　　　：　　　歳　　　か月頃

　〇　ハイハイ　　　　　　　　：　　　歳　　　か月頃

　〇　ひとり歩き　　　　　　　：　　　歳　　　か月頃

　〇　人見知り　　　　　　　　：　　　歳　　　か月頃

　〇　後追い　　　　　　　　　：　　　歳　　　か月頃

　〇　バイバイ等手を振る　　　：　　　歳　　　か月頃

　〇　一人でおしっこ　　　　　：　　　歳　　　か月頃

　〇　一人でウンチ　　　　　　：　　　歳　　　か月頃

　〇　簡単な服を一人で着替える：　　　歳　　　か月頃

＜ことばの発達＞

　〇　欲しいものを指さす　　　：　　　歳　　　か月頃

　〇　いないいないばあを喜ぶ　：　　　歳　　　か月頃

　〇　意味のあることば　　　　：　　　歳　　　か月頃

　〇　二語文　　　　　　　　　：　　　歳　　　か月頃

　〇　動作のまね　　　　　　　：　　　歳　　　か月頃

＜1歳6か月頃までの様子＞

　〇　カンが強く、泣いてばかりいましたか　　（いいえ・はい）

　〇　おとなしすぎて手がかからず、心配したことがありましたか

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（いいえ・はい）

　〇　風邪など病気になりやすかったですか　　（いいえ・はい）

　〇　その他（例えば、抱っこが嫌い、眠らない、食事の好き嫌い

　　　が激しい）といったことがありましたか　（いいえ・はい）

　　　はいの場合は、具体的に記入しておきましょう