別紙（乳児院用）

心　身　の　状　況

子どもさんの状況を確認しますので、ありのままをお書きください。

該当する番号に〇印または具体的に記入してください。

児 童 氏 名	

項　　目		状　　況	
出生状況		出生体重（　　g）　週数　（　　週） 出生時の問題点　有〔　　〕 無	
健康状態	健診等 （受けたものに〇）	ガスリー（先天性代謝異常検査）　・　新生児聴覚検査（ＡＢＲ） １か月児健診　・先天性股関節脱臼　・　４か月児健診　・　１０か月児健診　　１歳６か月児健診　・　３歳児健診 ※特記事項→　（　　）	
	予防接種 （受けたものに〇）	Ｋ２シロップ（①　②　③）　・シナジス（①　②　③　④） ＢＣＧ　・　３種混合Ⅰ（①　②　③　Ⅰ期追加）　・　ＭＲ 生ポリオ（①　②）　・　不活化ポリオ（①　②　③　Ⅰ期追加） 四種混合Ⅰ（①　②　③　Ⅰ期追加）　・　日本脳炎（①　②　Ⅰ期追加） ヒブ（初回月齢） （２か月～７か月未満）①　②　③　④ （７か月以上～１歳未満）①　②　③ （１歳以上～５歳未満）　① 肺炎球菌（初回月齢） （２か月～７か月未満）①　②　③　④ （７か月以上～１歳未満）①　②　③ （１歳以上～５歳未満）　①　② （２歳以上～５歳未満）　① 水痘 【任意】　流行性耳下腺炎　　その他（　　）	
	既往症 （　）内に罹患した月齢を記入	麻疹（　　）・風疹（　　）・水痘（　　）・百日咳（　　） 喘息（　　）・突発性発疹（　　）・おたふくかぜ（　　） けいれん　｛　熱性（　　）・てんかん（　　）｝ その他（　　）	
		入院歴	なし・あり（病名：　　，病院　　）
		通院歴	なし・あり（病名：　　，病院　　）
	現在の症状	身体症状	
		通院	病名　（　　） 持参薬（　　）

別紙（乳児院用）

発達	運　動	首すわり（　　ヵ月）・寝返り（　　ヵ月）・お座り（　　ヵ月） ハイハイ（　　ヵ月）・つかまり立ち（　　ヵ月） 歩行（　　ヵ月）
	言語社会性	追視（　　ヵ月）・喃語（　　ヵ月）・１語文（　　ヵ月） ２語文（　　ヵ月）・人見知り（　　ヵ月）・後追い（有　・　無）
生活習慣	食　事	ミルク（　　ｃｃ×　　回）・母乳（　　ヵ月まで） 乳首サイズ（　　）・おしゃぶり（要・不要） 離乳食開始（　　ヵ月）：初期・中期・後期・（　　回） 幼児食（自立・介助） 食欲（良・普通・悪） 好きな食べ物（　　） 嫌いな食べ物（　　）
	排　泄	尿：自立・予告あり・オムツ 便：自立・予告あり・オムツ　　便性（硬い・普通・やわらかい） 回数　　日　　回
	睡　眠	夜間（　　時～　　時）・午睡（　　時～　　時） 寝つき（良・悪）・夜泣き（有・無） 睡眠癖（　　）・姿勢（　　）
そ　の　他		好きな遊び・おもちゃ （　　） 行動面の特徴・くせ （　　） その他 （　　）