

*冷凍母乳を使っていますか？（ はい・いいえ ）							
睡眠	昼寝は？	・午前 ・午後 ・夕方	夜の睡眠は？	・朝まで起きない ・何度か目を覚ます ・夜泣きをする（ ）			
	寝かせ方	・仰向け ・うつ伏せ ・布団に寝かすと寝る ・ミルク、おっぱいを飲みながら ・おしゃぶりを吸って ・抱っこやおんぶで ・その他（ ）					
	寝る時の癖はありますか？	・ない ・ある（ ）					
健康状態	・妊娠の経過：正常 異常（ ） ・分娩の経過：正常 異常（ ） ・新生児期の経過：正常 異常（ ）						
	・出生時の体重（ g ） ・現在の体重（ g ） ・歯ははえていますか？（下 本、上 本）						
	発達歴 ①歩行開始月齢： ヶ月 ②1歳児のときの体重： g ③片言を話し始めた月齢： ヶ月 ④1歳半健診状況：問題なし あり						
生活習慣	生活習慣						
	1. 眼は良く見えますか：はい いいえ 2. 耳は良く聞こえますか：はい いいえ 3. 話し掛けを理解できますか：はい いいえ 4. 会話ができますか：はい いいえ 5. 吐きやすいですか：はい いいえ（ の時に） 6. 風邪をひきやすいですか：はい いいえ 7. 熱を出しやすいですか：はい いいえ 8. 便秘しやすいですか：はい いいえ 9. 下痢をしやすいですか：はい いいえ 10. 湿疹がしやすいですか：はい いいえ 11. じんましんになりやすいですか：はい いいえ 12. 口内炎がしやすいですか：はい いいえ 13. アレルギー体質ですか：はい いいえ 14. 関節が外れやすいですか：はい いいえ（部位 ）						
予防接種	予防接種（該当するものに○） 病気の状況（既往歴には△）						
	BCG	四種混合	麻疹・風疹	日本脳炎	ヒブワクチン	水痘	おたふくかぜ
	中耳炎	ロタウイルス	喘息	熱性痙攣	小児肺炎球菌	B型肝炎	その他
<医師から指導されていること・とくに配慮が必要なこと>							