

★家族の状況(差し障りのない範囲でかまいません)

	年齢	性別	職業・学校	病気
父		/		有()・なし
母				有()・なし
兄弟・姉妹		(男 ・ 女)		有()・なし
〃		(男 ・ 女)		有()・なし
〃		(男 ・ 女)		有()・なし

★出産前後の状況(問題のない方は記入しなくてもかまいません)

(在胎週数 週 / 出生時体重 g / 身長 cm / 頭囲 cm)

・出産のとき、何か問題はありましたか？ はい ・ いいえ
 →「はい」の場合、具体的に ()

★発達状況(問題のない方は記入しなくてもかまいません)

頸がすわった 〇月 おすわり 〇月 はいはい 〇月
 一人で歩けた 〇月 言葉を喋り始めた 〇月 おむつがとれた 〇月

★現在利用している医療機関・通所施設・サークル等がありますか？

ない / ある ()

★現在、治療中の病気はありますか？

ない / ある (喘息 アトピー 食物アレルギー ひきつけ 心臓病 発達障害
 その他:)

★現在飲んでいるお薬があればお書きください ()

★かかりつけ医はありますか？

いいえ / はい (医院名:)

～ご協力ありがとうございました～