



祖父母 の状況	父方	祖父	年齢	職業	健康状態	同居・別居(住所地)
		祖母	歳		良・その他( )	同・別( )市
	母方	祖父	歳		良・その他( )	同・別( )市
		祖母	歳		良・その他( )	同・別( )市

健康状態		良・普・弱	特記事項⇒			
健康 診査	4か月検診	済・未	指摘事項	無・有	内容⇒	
	1歳半検診	済・未	指摘事項	無・有	内容⇒	
	3歳半検診	済・未	指摘事項	無・有	内容⇒	
予防接種		□ヒブ □肺炎球菌 □四種混合 □BCG □日本脳炎 □麻しん・風しん □水痘 □B型肝炎				
発育 状況	出生	妊娠 _____ 週 _____ gにて出産				
	運動発達	首のすわり _____ か月、ひとり座り(支えなし) _____ か月、歩き始め _____ 歳 _____ か月 歩行の程度【 歩く ・ 走る ・ 両足とびする ・ ケンケンをする 】 未歩行の場合【 寝返り ・ ずりばい ・ はいはい ・ つたい歩き ・ 立つ 】 運動発達に関して気になることがある【 ない ・ ある 】 ある場合 その内容⇒				
	ことば	ことばの程度【 単語 ・ 2語文 ・ 会話が出来る ・ 聞かれて名前や年齢が言える 】 ことばがまだの場合 発声の具体的な様子⇒ 指さし _____ 歳 _____ か月 指ささない場合、要求の表し方⇒ ことばに関して気になることがある【 ない ・ ある 】 ある場合 その内容⇒				
	発達相談	無・有	1. 保健所 2. 子ども家庭センター 3. 健康増進課 4. その他( ) 相談の内容⇒			
	右記教室 への参加	無・有	1. 約束クリニック 2. さくらんぼ相談会 3. ひまわり親子教室 4. 療育相談 相談の内容⇒			
健康 状況	アレルギー	無・有	原因物質⇒ 検査【 済 ・ 未 】 病院・施設名⇒ _____ 月に _____ 回通院 除去食の必要【 無 ・ 有 】 内容⇒ アナフィラキシーショック【 無 ・ 有 】			
	アトピー等	無・有	アトピー ・ 喘息 ・ 花粉 ・ その他( )			
	熱性けいれん	無・有	_____ 歳の時 _____ 回 検査結果⇒			
	てんかん	無・有	_____ 歳の時 _____ 回 検査結果⇒			
	脱臼	無・有	_____ 歳の時から _____ 回程度 部位⇒			
通院 服薬 状況	発達や慢性的な 病気のこと で相談している 病院・施設	無・有	病名・診断名等⇒ 主な症状⇒ 病院・施設名⇒ _____ 週に _____ 回通院 ※市記入欄 主治医意見書及び指示書 【 依頼 ・ 無 】 月 日まで			
	服薬	無・有	薬の種類⇒ 1日に _____ 回服用			
その他	食事	□母乳 □ミルク □離乳食【 初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了 】 _____ 回/1日				
		□普通食 水分補給の方法【 哺乳瓶 ・ スプーン ・ コップ ・ その他( ) 】 食事に関して気になることがある【 ない ・ ある 】 ある方⇒ 極端な偏食( ) その他( )				

※市記入欄

受付日時	相談者	対応者	相談内容・留意事項等
年 月 日 時 分	父 ・ 母 ( )		