周産期	妊娠中の異常（　なし　・　あり　）		
	出生体重　　g		
	出産期（　予定どおり　・　早かった　・　遅かった　）　（在胎　　週）		
	出産時の異常（　なし　・　あり　）		
乳児期の発達	首のすわり：　　カ月	おすわり：　　カ月	一人歩き：　　カ月
	栄養法：　母　乳　・　人　工　・　混　合		
	離乳食開始時期：（前期：　カ月・中期：　カ月・後期：　カ月・幼児食：　歳　カ月）		
	人見知り：　　カ月	母親の後追い：　歳　カ月	
	発語（意味のある言葉）：　歳　カ月		
予防接種	ＢＣＧ：　年　月	ポリオ：　１回　年　月　・　２回　年　月	
	四種混合：　Ⅰ期　１回目　年　月　・　２回目　年　月　・　３回目　年　月 Ⅰ期追加　年　月		
	ＭＲ：　年　月	水　痘：　年　月	おたふくかぜ：　年　月
		その他：	
感染症歴	はしか：　歳　カ月	水ぼうそう：　歳　カ月	
	百日咳：　歳　カ月	おたふくかぜ：　歳　カ月	
	風　疹：　歳　カ月		
	その他（具体的に）：		
これまでの病気	熱性けいれん：　初回　歳　カ月　最後　歳　カ月（これまでに　回）		
	喘息及び喘息様気管支炎	毎日治療をして　いる　・　いない　・　発作時だけ どのような治療（　）	
	アトピー性皮膚炎	ない　・　ある（　治療は：　内服薬　・　食事療法　）	
	その他の病気（具体的に）		
	入院（入院したこと）	ない　・　ある（病名　歳　カ月） （病名　歳　カ月） （病名　歳　カ月） （病名　歳　カ月）	
常時使用している薬	喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時使用している薬があれば、使用時間も含めて具体的にお書き下さい。		
アレルギー等	主治医から食事制限の指示、体質（薬物アレルギー等）や癖など心配な事、配慮して欲しい事について具体的にお書き下さい。		
その他			
確認者サイン	保育園：	小児科：	