



● 緊急連絡先

優先	名前（ふりがな）	続柄	連絡先	
1			(自宅)	(携帯)
2			(自宅)	(携帯)
3			(自宅)	(携帯)
4			(自宅)	(携帯)
5			(自宅)	(携帯)

自由記入

(2) (3) (4) について、慢性的な症状・病気、継続的な服薬など医療的ケアの必要な方は、別掲(14)「医療情報シート」の必要項目に記入して、(4)の後ろに保管してください。→  記入なし  記入あり

## (2) こどもの健康面

\*定期的な受診、継続的な服薬など、医療的ケアの必要なお子さんは、別掲(14)「医療情報シート」をお使いください。

からだの麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位: _____)	<input type="checkbox"/> 経過観察・治療中
アレルギー エピペン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (原因: 薬剤、食物 _____) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (使用時の対応: _____)	<input type="checkbox"/> 経過観察・治療中
喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状: _____)	<input type="checkbox"/> 経過観察・治療中
アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状: _____)	<input type="checkbox"/> 経過観察・治療中
てんかん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状: _____)	<input type="checkbox"/> 経過観察・治療中
慢性的な症状・病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名: _____)	<input type="checkbox"/> 経過観察・治療中
特記事項	(禁忌事項, 大きな病気・怪我・熱性けいれん など/その年齢)	

## (3) かかりつけ医

\*定期的な受診、継続的な服薬など、医療的ケアの必要なお子さんは、別掲(14)「医療情報シート」をお使いください。

医療機関 (受診科)	担当医名	連絡先
( )	( )	
( )	( )	
( )	( )	
( )	( )	
( )	( )	



(5) 所有手帳・手当など

<p>身体障害者手帳</p>	<p><input type="checkbox"/> なし  <input type="checkbox"/> あり（障害名 _____）                  （ 1級 2級 3級 4級 5級 6級 ）（交付日 年 月 日）                  （ 1級 2級 3級 4級 5級 6級 ）（再判定 年 月 日）</p>
<p>療育手帳</p>	<p><input type="checkbox"/> なし  <input type="checkbox"/> あり（診断名 _____）                  （ ㊤ Aの1 Aの2 Bの1 Bの2 ）（交付日 年 月 日）                  （ ㊤ Aの1 Aの2 Bの1 Bの2 ）（再判定 年 月 日）                  （ ㊤ Aの1 Aの2 Bの1 Bの2 ）（再判定 年 月 日）</p>
<p>精神障害者 保健福祉手帳</p>	<p><input type="checkbox"/> なし  <input type="checkbox"/> あり（診断名 _____）                  （ 1級 2級 3級 ）（交付日 年 月 日）                  （ 1級 2級 3級 ）（再判定 年 月 日）</p>
<p>特記事項</p>	<p><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当  <input type="checkbox"/> 小児慢性特性疾患受給券（診断名 _____）  <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費助成  <input type="checkbox"/> その他（ _____）</p>

(6) 生育歴

母子手帳に記入されている方は、この頁を記入する必要はありません。  
母子手帳と一緒に保管しましょう。

● 妊娠中・出産時の状況

母の健康状態	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( )
妊娠中の 母の病気・服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名 薬剤名 )
分娩の状況	<input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他 ( )
新生児の体重	( )グラム/( )週
新生児黄疸	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 光線療法を受けた( )日
特記事項	(入院中の母や児の状況 など)

● 乳幼児健康診査の状況

乳児( )か月	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 ( )
乳児( )か月	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 ( )
乳児( )か月	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 ( )
乳児( )か月	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 ( )
乳児( )か月	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 ( )
1歳半	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 ( )
3歳児	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察 ( )
特記事項	(地区担当保健師名, ひよこルームの参加 など)

● 乳幼児期の発育・発達について

首の座り	( )歳( )か月	寝返り	( )歳( )か月
お座り	( )歳( )か月	ハイハイ	( )歳( )か月
一人歩き	( )歳( )か月	夜泣き	( )歳( )か月
人見知り	( )歳( )か月	後追い	( )歳( )か月
指差し	( )歳( )か月	意味のある単語	( )歳( )か月
二語文	( )歳( )か月	偏食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
特記事項	(家族の状況、お母さんのメンタル面 など)		