

# 1 才 児 用

年 月 日

太枠内を記入して下さい

氏名		男・女	生年月日	年 月 日生 (満 月 日)
----	--	-----	------	----------------

A 既往歴	<p>1. 今までに何か病気をしましたか。 ( ない あり )</p> <p>2. 今までに終了している予防接種 : ① なし ② BCG ③ ポリオ ④ 三種混合 ⑤ その他</p> <p>3. ① 今までにひきつけたり、意識を失ったことがある。 ( ない あり ) ② その際、熱がありましたか。 ( ない あり )</p>
B 栄養	<p>1. 1日の食事 ① 離乳食 回 ② おやつ 回</p> <p>2. 離乳食のすすみ方 ① 順調 ② 遅れている</p> <p>3. 離乳食の食べ方 ① 子供茶わんに半分以上食べる ② むらがある ③ あまり食べない ④ 偏食がある</p> <p>4. 母乳は飲んでいますか。 はい いいえ</p>
C 発達	<p>1. 歯は生えていますか。 _____ 本</p> <p>2. つたい歩きをする。 はい いいえ</p> <p>3. ひとり立ちをする。 はい いいえ</p> <p>4. 指先で小さいものをつかむ。 はい いいえ</p> <p>5. 簡単な言葉を理解する。 はい いいえ</p> <p>6. 自分のほしいものを取りに行く。 はい いいえ</p>
D 育児	<p>1. 歯の清潔に心がけている。 はい いいえ</p> <p>2. 自分でスプーンを持ち食べようとする。 はい いいえ</p> <p>3. 夜泣きをよくする。 はい いいえ</p> <p>4. 人見知りをする。 はい いいえ</p>
E 生活面	<p>1. 主な保育者 昼 : _____ 夜 : _____</p> <p>2. 清潔 : ① 頭髪 (良・否) ② 爪 (良・否) ③ 下着 (良・否)</p> <p>3. 事故 : ない あり (やけど・けが・誤飲・その他 )</p> <p>4. 育児態度 : ① ふつう ② かまいすぎ ③ かまわない</p>
F	<p>その他心配なこと。</p>

診察医 \_\_\_\_\_

