

# 本人の紹介

記入日：

年 月 日

記入者：

|              |      |                  |         |                |         |
|--------------|------|------------------|---------|----------------|---------|
| ふりがな         |      | 性別               |         | 生 年 月 日        |         |
| 氏 名          |      | 男・女              |         | 年 月 日          |         |
|              |      | 住<br>所           | 〒       |                |         |
|              |      |                  | TEL ( ) |                |         |
|              |      |                  | TEL     | 〒              |         |
|              |      | TEL ( )          |         |                |         |
| 家族状況および緊急連絡先 | 連絡順位 | 氏名               | 生年月日    | 続柄             | 連絡先電話番号 |
|              | 1    |                  |         |                |         |
|              | 2    |                  |         |                |         |
|              | 3    |                  |         |                |         |
|              | 4    |                  |         |                |         |
|              |      |                  |         |                |         |
|              |      |                  |         |                |         |
|              |      |                  |         |                |         |
|              |      |                  |         |                |         |
| 体温           | 平熱   | 度                | 体温調整    | □ 良好 □ その他 ( ) |         |
| アレルギー        | 無・有  | 〈内容〉             |         |                |         |
| 発作の有無        | 無・有  | 〈頻度、その時の様子や対応など〉 |         |                |         |

※成長や状況の変化によって、2枚目、3枚目と追加してお使いください。



[illegible]

|      |                                                                                                                             |            |                |                                                                                                                                                                                                       |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 睡眠   | 時間<br>お昼寝<br>状況<br>寝つき                                                                                                      | 時頃<br>時間 ( | ～<br>時頃<br>時頃) | 睡眠中の状況<br><input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input type="checkbox"/> 歯ぎしり <input type="checkbox"/> 寝言<br><input type="checkbox"/> いびき <input type="checkbox"/> 寝相が悪い<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|      | 睡眠導入方法                                                                                                                      |            |                | 睡眠中の体位変換の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                  |
|      |                                                                                                                             |            |                | 頻度・方法など ( )                                                                                                                                                                                           |
|      | 寝具 <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> どちらも可 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |            |                |                                                                                                                                                                                                       |
| 特記事項 |                                                                                                                             |            |                |                                                                                                                                                                                                       |

  

|          |      |                                                                   |                                                                   |
|----------|------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 運動<br>機能 |      | 右                                                                 | 左                                                                 |
|          | 上肢   | <input type="checkbox"/> 動く<br><input type="checkbox"/> 動かせない ( ) | <input type="checkbox"/> 動く<br><input type="checkbox"/> 動かせない ( ) |
|          | 下肢   | <input type="checkbox"/> 動く<br><input type="checkbox"/> 動かせない ( ) | <input type="checkbox"/> 動く<br><input type="checkbox"/> 動かせない ( ) |
|          | 手指   | <input type="checkbox"/> 動く<br><input type="checkbox"/> 動かせない ( ) | <input type="checkbox"/> 動く<br><input type="checkbox"/> 動かせない ( ) |
|          | 特記事項 |                                                                   |                                                                   |

|          |           |   |   |     |       |      |   |   |    |
|----------|-----------|---|---|-----|-------|------|---|---|----|
| 手帳<br>など | 身体障害者手帳   |   |   |     | 療育手帳  |      |   |   |    |
|          | 交付        | 年 | 月 | 日   | 交付    | 年    | 月 | 日 |    |
|          | 視・聴・肢体・内部 | ( | 種 | 級)  | A・B・C | 有効期限 | ( | 年 | 月) |
|          | 交付        | 年 | 月 | 日   | 交付    | 年    | 月 | 日 |    |
|          | 視・聴・肢体・内部 | ( | 種 | 級)  | A・B・C | 有効期限 | ( | 年 | 月) |
|          | 交付        | 年 | 月 | 日   | 交付    | 年    | 月 | 日 |    |
|          | 視・聴・肢体・内部 | ( | 種 | 級)  | A・B・C | 有効期限 | ( | 年 | 月) |
| 精神障害者手帳  |           |   |   | その他 |       |      |   |   |    |
| 交付       | 年         | 月 | 日 | 級   |       |      |   |   |    |
| 交付       | 年         | 月 | 日 | 級   |       |      |   |   |    |
| 交付       | 年         | 月 | 日 | 級   |       |      |   |   |    |

|            |       |         |
|------------|-------|---------|
| 妊娠中<br>のこと | 妊娠経過： |         |
|            | 出産場所： | 出産時の年齢： |
|            | 分娩経過： |         |
|            | 特記事項  |         |

|     |                                  |  |         |  |       |  |
|-----|----------------------------------|--|---------|--|-------|--|
| 成育歴 | 在胎 週 日                           |  | 出生時体重 g |  | 身長 cm |  |
|     | 胸囲 cm                            |  | 頭囲 cm   |  |       |  |
|     | 発達経過： 首すわり か月 ・ 寝返り か月 ・ お座り か月  |  |         |  |       |  |
|     | ・ ハイハイ か月 ・ つかまり立ち か月 ・ つたい歩き か月 |  |         |  |       |  |
| 健診歴 | 健診名                              |  | 受診日     |  | 特記事項  |  |
|     | 4 か月児 健診                         |  |         |  |       |  |
|     | 1 歳 6 か月児 健診                     |  |         |  |       |  |
|     | 2 歳児 歯科健診                        |  |         |  |       |  |
|     | 3 歳児 健診                          |  |         |  |       |  |
|     |                                  |  |         |  |       |  |

|                |                |                       |                           |  |
|----------------|----------------|-----------------------|---------------------------|--|
| 予防接種           | BCG 接種日 年 /    |                       |                           |  |
|                | 四種混合           |                       |                           |  |
|                | 初回 (1 回 年 /    |                       | ・ 2 回 年 / ・ 3 回 年 / )     |  |
|                | ・ 追加 年 /       |                       |                           |  |
|                | 三種混合           |                       |                           |  |
|                | 初回 (1 回 年 /    |                       | ・ 2 回 年 / ・ 3 回 年 / )     |  |
|                | ・ 追加 年 /       |                       |                           |  |
|                | 不活化ポリオ         |                       |                           |  |
|                | 初回 (1 回 年 /    |                       | ・ 2 回 年 / ・ 3 回 年 / )     |  |
|                | ・ 追加 年 /       |                       |                           |  |
|                | 二種混合 接種日 年 /   |                       |                           |  |
|                | 麻疹・風疹 (MR)     |                       | 1 期 ( 年 / ) ・ 2 期 ( 年 / ) |  |
|                | 日本脳炎           |                       |                           |  |
|                | 1 期初回 (1 回 年 / |                       | ・ 2 回 年 / )               |  |
|                | ・ 1 期追加 年 /    |                       | ・ 2 期 年 /                 |  |
| シナジス 接種日 年 /   |                |                       |                           |  |
| 小児用肺炎球菌        |                |                       |                           |  |
| 初回 (1 回 年 /    |                | ・ 2 回 年 / ・ 3 回 年 / ) |                           |  |
| ・ 追加 年 /       |                |                       |                           |  |
| 水痘 1 回 年 /     |                | ・ 2 回 年 /             |                           |  |
| おたふくかぜ 1 回 年 / |                | ・ 2 回 年 /             |                           |  |
| B 型肝炎          |                |                       |                           |  |
| 1 回 年 /        |                | ・ 2 回 年 /             |                           |  |
| ・ 3 回 年 /      |                | ・ 4 回 年 /             |                           |  |
| ロタウイルス 1 回 年 / |                | ・ 2 回 年 / ・ 3 回 年 /   |                           |  |
| インフルエンザ菌 B 型   |                |                       |                           |  |
| 初回 (1 回 年 /    |                | ・ 2 回 年 / ・ 3 回 年 / ) |                           |  |
| ・ 追加 年 /       |                |                       |                           |  |
| その他 (          |                | )                     |                           |  |