

健康觀察記錄 氏名 _____ 生年月日(西曆) _____ 年 _____ 月 _____ 日

出産情報 発育歴	身長	cm	頭囲	cm	首が座る	カ月	ハイハイ	カ月	つかまり立ち	カ月
	体重	kg	胸囲	cm	お座り	カ月	歩行	カ月		

		病院名	電話番号		病院名	電話番号		病院名	電話番号	
かかりつけ医院	小児科			その他			その他			

かかりやすい病気があれば()内に○を付けて下さい。

脱臼	()	骨折	()	ひきつけ	()	かぜ	()	下痢	()
便秘	()	鼻血	()	扁桃腺	()	気管支炎	()	ヘルニア	()
中耳炎	()	乗り物酔い	()	じんましん	()	心臓疾患	()	喘息	()
アトピー	()	その他	()						

アレルギー	アレルギーの種類	
	アレルギーの対応	

配慮事項	☐ 左利き	☐ 爪かみ	☐ 指しゃぶり	☐ どもる	☐ 転びやすい	☐ 運動恐怖症	
	備考						

長期欠席・入院 大きな病氣 既往歴	
-------------------------	--

[illegible]