

登録番号

No

(圖記入)

小金井にこにこサポート

2025年 月 日

ふりがな

(お子様の名前)

(愛称)

男 ・ 女

(生年月日) 西暦 年 月 日 歳 カ月

(保護者氏名)

(住所) 〒 町 (TEL)

(お子様をお預かりしている間の緊急連絡先) (TEL)

(かかりつけ医) (TEL)

利き腕	右 ・ 左 ・ 両利き	平熱	℃	
好きな遊び				
好きな絵本				
睡眠	起床 時 分頃 就寝 時 分頃	昼寝	<input type="checkbox"/> する(時頃 ~ 時頃) <input type="checkbox"/> 時々する(週に 回位) <input type="checkbox"/> しない	
言葉	<input type="checkbox"/> 2語文以上の話をする <input type="checkbox"/> かたことの言葉を話す(わんわん、まんま等) <input type="checkbox"/> 発音が分かりにくい <input type="checkbox"/> あまり発語しない			
病気	(おこしやすい病気・体質) <input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> その他、持病等()	怪我	大きな怪我をしたことがある <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有る方はアレルギーの症状についてお答えください) <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー(食品名) 食事制限の有無 している ・ していない <input type="checkbox"/> 薬品(薬品名)	痙攣	熱性けいれん、ひきつけ等 <input type="checkbox"/> おこしたことがない <input type="checkbox"/> おこしたことがある (回) (歳 カ月頃)	
出生	第 子	出生体重 g	分 娩 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 早産(カ月)	
兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 兄(人) <input type="checkbox"/> 姉(人) <input type="checkbox"/> 弟(人) <input type="checkbox"/> 妹(人)			
栄養	<input type="checkbox"/> 母乳(才 カ月頃まで) <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク			
食事	哺乳瓶の使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 自分で食べる(<input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 手づかみ) <input type="checkbox"/> 手伝ってもらうが殆ど自分で食べる <input type="checkbox"/> 食べさせてもらうことが多い	おやつ	(時間) (種類や量)	
離乳食	開始(カ月) 完了(カ月)			
運動	首がすわる	カ月	寝返り	カ月
	おすわり	カ月	はう	カ月
	つかまり立ち	カ月	歩き始め	カ月

予防接種			
B型肝炎	1回目 / <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	ロタウイルス	1回目 / <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
	2回目 / <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		2回目 / <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
	3回目 / <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		(5価のみ) 3回目 / <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
ヒブ	1回目 / <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	小児用 肺炎球菌	1回目 / <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
	2回目 / <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		2回目 / <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
	3回目 / <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		3回目 / <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
	4回目 / <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		4回目 / <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
三種混合・ ポリオ もしくは 四種混合	1回目 / <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	BCG	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
	2回目 / <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	風しん・麻しん	第一期 / <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
	3回目 / <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	水痘	1回目 / <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
	4回目 / <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		2回目 / <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 罹患した(才 カ月)		<input type="checkbox"/> 罹患した(才 カ月)
病気の記録			
肺炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		突発性発疹 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他			
療育			
現在、療育に通われていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいの方(療育施設名) _____ (療育開始時期) _____ (どのような理由から)			
母子分離が難しい場合の対応 <input type="checkbox"/> 預かりを希望する <input type="checkbox"/> 様子を見て相談 <input type="checkbox"/> 預かりを見合わせる <input type="checkbox"/> その他 ()			
子育てのうえでの悩みや心配事などありましたらご記入ください。			

(園記入欄)	面接日	西暦	年	月	日	母子手帳確認	済	・	未
	<input type="checkbox"/>	3~4か月児健診	<input type="checkbox"/>	1歳6か月児健診					