

幼児期の記録②

記入者名

歳時の記録

記入日 平成 年 月 日

保 育 者 支 援 者	昼 間：	母	父	祖父母	保育所	その他（ ）		
	夜 間：	母	父	祖父母	その他（ ）			
健 診 の 状 況								
1 歳 6 カ 月 健 診	身長	cm	体重	g	頭囲	cm	胸囲	cm
	健診等での様子や気付いたことなど							
3 歳 児 健 診	身長	cm	視力検査	問題なし	問題あり（ ）			
	体重	g	聴力検査	問題なし	問題あり（ ）			
健診等での様子や気付いたことなど								
就 学 前 健 診	身長	cm	視力検査	問題なし	問題あり（ ）			
	体重	g	聴力検査	問題なし	問題あり（ ）			
健診等での様子や気付いたことなど								
歯 科 検 診	受診日	フッ素塗布	した	しない				
	..	虫歯	なし	あり	（ ）	本	治療済み	放置
	歳	その他の異常	なし	あり	（ 不正咬合 ）			
	受診日	フッ素塗布	した	しない				
	..	虫歯	なし	あり	（ ）	本	治療済み	放置
	歳	その他の異常	なし	あり	（ 不正咬合 ）			
受診日	フッ素塗布	した	しない					
..	虫歯	なし	あり	（ ）	本	治療済み	放置	
歳	その他の異常	なし	あり	（ 不正咬合 ）				
予 防 接 種 の 状 況								
BCG								
ポリオ	1 回目			2 回目				
3 種混合 1 期	1 回目			2 回目				
	3 回目			追加				
MR 1 期				MR 2 期				
H i b				日本脳炎				
インフルエンザ				肺炎球菌				
				水 痘				
				おたふくかぜ				

※このシートは、母子健康手帳に代わるものではありません。

歳時の記録

記入日 平成 年 月 日

医療機関受診	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	病院名		担当医師	
服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	薬名			
生活習慣 <small>睡眠、排泄、衣服の着脱、清潔の習慣など生活全般に関すること</small>	1年前と比べてできるようになったこと 今、取り組んでいること				
運動表現 <small>体全体を動かす運動、手先だけを使う製作など</small>	好きなこと 苦手なこと				
栄養と食事	自分でできること お手伝いが必要なこと				
コミュニケーション (ことば)	自分から相手へ (伝える・話す) 相手から自分へ (聞く・理解する) 苦手な場面				
人との かかわり	友だちとのかかわり 先生とのかかわり				
遊び	好きな遊び 苦手な遊び				
その他					

※このシートは、母子健康手帳に代わるものではありません。

年月日	出来事

※このシートは、母子健康手帳に代わるものではありません。