

お子様の名前		生年月日	H 年 月 日生
愛称		記入者のお名前 続柄	

## \* 生まれたときの様子について

生まれたときの体重	_____	グラム
おなかの中にいた期間	_____	週
おなかの中にいたときの異常等	( なし ・ あり )	
生まれたときは元気な赤ちゃんでしたか	はい ・ いいえ	
生まれたときのお父さんの年齢	_____	歳
生まれたときのお母さんの年齢	_____	歳

以下、あてはまる項目に○もしくは記入をしてください。

- \* 離乳食を喜んで食べますか。 ( はい ・ いいえ )  
 母乳 ・ 混合 ・ 人工 / 離乳食 ( - ・ 回 )
- \* 寝返りをしますか。 ( 月 日頃から )
- \* お座りをしますか。 ( 月 日頃から )
- \* からだのそばにある玩具に手をのばしてつかみますか。 ( 月 日頃から )
- \* 家族といっしょにいる時、話しかけるような声をだしますか。 ( 月 日頃から )
- \* ひとみが白く見えたり、黄緑色に光って見えたりすることがありますか。 ( いいえ ・ はい )
- \* 目つきがおかしいとか、明るいところでは眼を閉じてしまうことがあります ( いいえ ・ はい )
- \* 変わった動作(例えば急に首をたれ、うすくまるような動作)をすることがあります ( いいえ ・ はい )
- \* ハイハイをしますか。 ( 月 日頃から )
- \* 支えられて、立っていますか。 ( 月 日頃から )
- \* 指で小さいものをつかみますか。 ( 月 日頃から )
- \* 人見知りをしますか。 ( 月 日頃から )
- \* バイバイといって手を振ると、マネをしますか。 ( はい ・ いいえ )
- \* 外の色々な音に反応を示しますか。 ( はい ・ いいえ )
- \* 機嫌よくひとり遊びができますか。 ( はい ・ いいえ )
- \* お父さんは遊び相手になったり、家事を手伝ってくれますか。 ( はい ・ いいえ )
- \* お母さんは外出や仕事で育児から離れられることがありますか。 ( はい ・ いいえ )
- \* 最近なにか病気をしましたか。 ( はい ・ いいえ )
- \* 育児上何か心配なことがありますか。 ( はい ・ いいえ )