

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)