お子さんの成育状況についてお伺いします。

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　H・R　　年　　月　　日（　　歳）

1　今までに手術を受けたことが　　ある　　ない

　手術をしたところ　（　　）

2　ひきつけをよくおこす　　ある　　ない

　どういう時　（　　）

　どうしているか　（　　）

3　うでが抜けやすい　　ある　　ない

4　少し運動しても息切れや顔色が悪くなる　　ある　　ない

5　アトピー性皮膚炎　　ある　　ない

6　その他のアレルギー　　ある　　ない

　症　状　（　　）

　食事制限等はありますか？　　ある　　ない

　　どんな食べ物　（　　）

7　薬の服用　　ある　　ない

　1日　　回　　朝　　昼　　夕

8　その他特に注意してほしいことがあればご記入ください。

（　　）

食事	食事の時間　朝　：　昼　：　夕　： 1人で食べられる　食べられない　スプーンを使う　はしを使う 好きなもの　（　　） 嫌いなもの　（　　） 授乳時間　1日（　）回　（　）時間おき　1回（　）　CC 離乳食　1日（　）回
睡眠	昼寝　する　しない 睡眠時間　：　～　： 寝る時のくせ　（　　）
排泄	知らせる　知らせない　オムツ　トレーニングパンツ 大　便　1日　回（午前　午後　不定） 小　便　（　）時間おき おねしょ　する　しない　ときどき