

● 5歳健診（実施日 年 月 日）

身長  cm	（健診で質問したこと、言われたことなど）
体重  kg	

● その他の健診、相談など

年月日	質問したこと、言われたことなど	実施機関

年 月 日	質問したこと、言われたことなど	実施機関

## ♣ 予防接種の記録 ♣

予防接種の種類			接種年月日 (年齢)	備 考
BCG				
ジフテリア、 百日せき、 破傷風(DPT)	第 1 期 初 回	1回		
		2回		
		3回		
	第1期追加			
ポリオ				
麻しん(はしか)・ 風しん		第1期		
		第2期		
日本脳炎	第 1 期 初 回	1回		
		2回		
	第1期追加			

## ♣ 既 往 歴 ♣

以下の病気にかかった場合、その年月日（年齢）を記入してください。  
入院した場合は、医療機関名も記入してください。

疾 病 名	年 月 日 (年齢)	入院した医療機関名
麻疹（はしか）		
<small>すいとう</small> 水痘（水ぼうそう）		
おたふくかぜ		
風しん（三日はしか）		
<small>でんせんせいこうはん</small> 伝染性紅斑（りんご病）		
手足口病		
（その他）		

❖ 大きな病気、けがなど ❖

傷 病 名	年 月 日 ( 才 )

## ❖ 発達の記録 ❖

- |               |   |   |     |
|---------------|---|---|-----|
| ・首がすわる        | ( | 年 | か月) |
| ・寝返りをする       | ( | 年 | か月) |
| ・お座りをする       | ( | 年 | か月) |
| ・ハイハイをする      | ( | 年 | か月) |
| ・人見知りをする      | ( | 年 | か月) |
| ・一人で立つ        | ( | 年 | か月) |
| ・一人で歩く        | ( | 年 | か月) |
| ・指さしをする       | ( | 年 | か月) |
| ・一人で走る        | ( | 年 | か月) |
| ・意味のある言葉話す    | ( | 年 | か月) |
| ・二語文話す        | ( | 年 | か月) |
| ・オムツがはずれる     | ( | 年 | か月) |
| ・スプーン・フォークを使う | ( | 年 | か月) |
| ・靴をはく         | ( | 年 | か月) |
| ・衣服の着脱ができる    | ( | 年 | か月) |
| ・ごっこ遊びができる    | ( | 年 | か月) |
| ・ボタンをはめる      | ( | 年 | か月) |
| ・片足ケンケンができる   | ( | 年 | か月) |
| ・一人で排尿ができる    | ( | 年 | か月) |
| ・一人で排便ができる    | ( | 年 | か月) |
| ・左右の確認ができる    | ( | 年 | か月) |

(以下のページは、自由に使ってください。)

障がいの特性も個性も一人ひとり違うように、支援者に伝えたいこと、記録したいことも一人ひとり違います。今までのページに書けなかったことやもっと知っておいてほしいことなどを自由に書き込んでください。





















○その他の機関(公的機関、医療機関、療育施設、学校、会社など)

・名 前 ( )

所在地 \_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FAX ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

メール \_\_\_\_\_

・名 前 ( )

所在地 \_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FAX ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

メール \_\_\_\_\_

・名 前 ( )

所在地 \_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FAX ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

メール \_\_\_\_\_

・名 前 ( )

所在地 \_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FAX ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

メール \_\_\_\_\_

・名 前 ( )

所在地 \_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FAX ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

メール \_\_\_\_\_

・名 前 ( )

所在地 \_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FAX ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

メール \_\_\_\_\_

・名 前 ( )

所在地 \_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FAX ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

メール \_\_\_\_\_

・名 前 ( )

所在地 \_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FAX ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

メール \_\_\_\_\_