成育歴のご記入についてのお願い

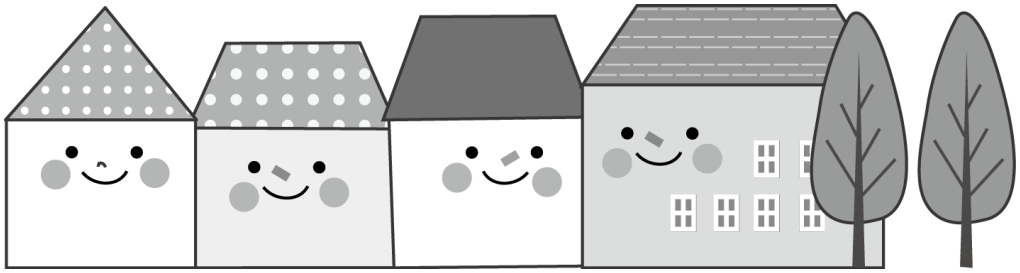
この資料は、お子さんのこれからの相談をすすめる上で、

ご家庭と子ども発達支援センターを結ぶ大切なものとなります。

普段の様子や母子健康手帳を参考にしながら、できるだけ詳しく

書いていただきますようお願いします。

なお、個人情報は厳守しますので、ご安心ください。



三鷹市子ども発達支援センター
連絡先　　電 話　0422-45-1122
FAX　0422-45-1178

成育歴調査票　　年　　月　　日現在

ふりがな 氏　名	男・女	生年月日：　　年　　月　　日生 （　　歳　　か月） 所属：
相談理由		

≪あてはまるものは○で囲む、または必要事項を記入してください。≫

妊娠中の経過と分娩時の様子

妊娠高血圧・妊娠糖尿病・切迫流産・前期破水・その他（　　）

吸引分娩・鉗子分娩・児の心音低下など

出生時の状況

在胎週数　　週　　日

出生時	体重　　g	身長　　cm	胸囲　　cm	頭囲　　cm

出生時の特記事項

保育器 ・ 酸素 ・ 吸入 ・ 呼吸器 ・ 点滴 ・ 光線療法 ・ 交換輸血

その他（　　）

新生児聴覚検査（パス・リファー）

運動発達

首がすわったのは	か月	おすわりできたのは	か月
ずりばいしたのは	か月	はいはいしたのは	か月
つかまり立ちをしたのは	か月	つたい歩きしたのは	か月
ひとりで歩いたのは	か月		

健診の時に経過観察となったことがある　⇒　時期　　歳　　か月

内容（　　）

現在の医療の状況について

かかりつけ医　　施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿病院・医院 ＿＿＿＿科　医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

頻度 ＿＿＿か月に＿＿＿＿回

施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿病院・医院 ＿＿＿＿科　医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

頻度 ＿＿＿か月に＿＿＿＿回

その他、特記すべきお子さんの治療内容等がありましたら、最後のページにご記入ください。

予防接種について（済ませたものに○印をつけてください。）

◆ロタ（①・②・③ロタテックのみ）

◆ＢＣＧ　◆ヒブ（①・②・③・追加）　◆小児用肺炎球菌（①・②・③・追加）

◆Ｂ型肝炎（①・②・③）

◆５種混合（初回接種①・②・③，追加接種）

◆４種混合（初回接種①・②・③，追加接種）

◆麻しん・風しん混合(MR)１期・２期　◆水痘（水ぼうそう）（①・②）　◆おたふく（任意接種）

◆日本脳炎（初回接種①・②，追加接種）　◆その他（　　）

生活について

＜生活リズム＞

起床　　：

登園　　：

午睡　あり（　　：　　～　　：　　）・なし

帰宅　　：

就寝　　：

睡眠の困っていることがありますか？　　ある・ない・過去にあった

→どんな困っていることですか（例：寝つきが悪い・夜泣き・何度か起きる等）

（　　）

入眠時のこだわりはありますか？　（タオル、おしゃぶり等）　ある・ない

その他、生活の中で困っている項目があれば、〇をつけてください

（　洗面・歯磨き・風呂・着替え・外出・交通機関の利用・その他　）

→どんなことにお困りですか（　　）

ことばの発達

喃語が出てきたのは　　か月　　単語を話したのは　　か月

二語文を話したのは　　か月

指示理解はありますか？　□ごみポイしてや〇〇しようで行動できる

□日常の簡単なやりとりが言葉でできる（ちょうだい、どうぞ）

□話を聞こうとする姿が見られる

コミュニケーションで気になることはありますか？　　はい（　　）・いいえ

１歳６か月児/３歳児健診でどんなアドバイスを受けましたか？

内容（　　）

食事について

食事の回数　１日　　回　　アレルギーの有無　　あり・なし

食事（　授乳・離乳食・離乳完了期）

偏食　　あり・なし　　ありの場合（状況　　）

食欲のムラ　　あり・なし　　ありの場合（状況　　）

現在の様子に当てはまるものに〇をつけてください。（複数回答可）

哺乳瓶から飲む・ストローから飲む・コップから飲む

大人の手から食べる・手づかみで食べる・スプーンで食べる・箸で食べる

よく噛まずに食べる・食べるのに時間がかかる・食事中立ち歩く

排泄について

おむつ使用（　常に・日中のみ・夜間のみ　）・　パンツ使用

排尿が自立したのは　　歳　　か月頃　　排便が自立したのは　　歳　　か月頃

トイレを嫌がったり、怖がることはありますか？　　ある・ない

排泄で困っていることはありますか？　　ある（　　）・ない

遊びについて

どんな遊びが好きですか（　　）

嫌い・苦手な遊びがありますか（例：砂あそび・音の出るあそび等）

はい（　　）　・　いいえ

誰とあそぶことが多いですか（　父　・　母　・　兄弟　・　その他　）

お子さんの遊びについて、心配なことがありますか（例：１人遊びが多い・集団に入れない等）

はい（　　）　・いいえ

TV や動画を見る時間はありますか（　　時間程度）

その他

人見知りはありましたか　はい（　　歳　　か月頃）　・　いいえ

視力について気になることがありますか　はい（　　）　・　いいえ

聴力について気になることがありますか　はい（　　）　・　いいえ

こだわりがありますか　はい（　　）　・　いいえ

音や光、痛みや熱さなどに鈍感だったり、敏感だったりしますか　はい・いいえ

体に触れられることを嫌がりますか　はい・いいえ

名前を呼んだら振り向きますか　はい・いいえ

ご家族について

お母さん・お父さんのからだや気持ちの状態はいかがですか？　健康　・　ふつう　・　体調不良

育児をサポートしてくれる人はいますか？　いる・いない

母の実家（　　）　父の実家（　　）

就園先は保育園・幼稚園を考えていますか？　（　　）

その他、特記すべきお子さんの治療内容等がありましたら、ご記入ください。

診断名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関①：＿＿＿＿＿＿病院＿＿＿＿＿＿科＿＿＿＿＿＿医師（＿＿か月に＿＿回）

手術歴＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

現在の内服薬＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

現在の医療処置（胃管、在宅酸素、喀痰吸引など）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関②：＿＿＿＿＿＿病院＿＿＿＿＿＿科＿＿＿＿＿＿医師（＿＿か月に＿＿回）

手術歴＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

現在の内服薬＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

現在の医療処置（胃管、在宅酸素、喀痰吸引など）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

最後に…心配な点やご要望等がありましたら、ご記入ください。

（　　）