

家族構成

続柄	名前	年齢(学年)	学校・職業	同居or別居	既往歴(持病など)
父					
母					

在胎 週 日 (出生体重 g) (出産した病院)

身長 cm 胸囲 cm 頭囲 cm

出生時の両親の年齢 父 歳 母 歳

出産の様式 正常分娩 / 帝王切開 / 吸引分娩 / その他

分娩時のトラブル

新生児仮死 臍帯巻絡 保育器 酸素使用
 人工呼吸器 輸血 黄疸 その他(入院加療などの有無)

	生育歴	既往歴・受診歴 (病院や支援センターなど)
新生児期	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 喃語が遅かった <input type="checkbox"/> 体重がなかなか増えなかった	
(4乳幼児期 検診)5か月	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 首のすわりが悪かった <input type="checkbox"/> 人見知りが強かった <input type="checkbox"/> ハイハイが遅かった <input type="checkbox"/> つかまり立ちが遅かった <input type="checkbox"/> 独り立ち、独り歩きが遅かった <input type="checkbox"/> 泣き出したら1時間以上止まらなかった	
5歳児半、 3歳 健診	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> トイレや着替えなど、自分のことが自分でできるようになるまでに時間がかかった <input type="checkbox"/> えんぴつの持ち方がおかしい <input type="checkbox"/> 視線が合わない <input type="checkbox"/> 歩き方に違和感がある <input type="checkbox"/> 名前を呼んでも反応ない	
就学前 診断	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 引っかかった どんなことが?→ <input type="checkbox"/> 発達検査した→検査種類:	

ふじねクリニックでは学校や保育園・幼稚園、その他関係機関との
 情報共有・連携を行うことがあります。
 必要があると判断した場合、情報共有・連携をしてもいいですか？

はい

いいえ

