

フェイス シート

【 も く じ 】

| | | |
|--------|-------|-----|
| プロフィール | ----- | フ1 |
| 成育歴 | ----- | フ2 |
| 医療情報 | ----- | フ3 |
| わたしの思い | ----- | フ8 |
| 家族のねがい | ----- | フ9 |
| 家族年表 | ----- | フ10 |

プロフィール

記入日 年 月 日 記入者

●わたしの情報

| | | | |
|------|---------------|---------|--------|
| ふりがな | | 家庭での呼び名 | |
| 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 住所 | 電話番号 自宅 携帯 | | |

●家族の情報

| 家族構成 | 続柄 | 氏名 | 生年月日 | 所属（職業・学校等） | 備考 |
|------|----|----|-------|------------|----|
| | | | 年 月 日 | | |
| | | | 年 月 日 | | |
| | | | 年 月 日 | | |
| | | | 年 月 日 | | |
| | | | 年 月 日 | | |
| | | | 年 月 日 | | |
| | | | 年 月 日 | | |

●緊急連絡先

| | | |
|-----------|------|------------------|
| 連絡順位 1 | 連絡先方 | 父・母・祖父・祖母・その他（ ） |
| | 連絡先 | 自宅・その他（ ） |
| | 電話番号 | ： — — |
| | 携帯電話 | ： — — |
| | メール | |
| 連絡順位 2 | 連絡先方 | 父・母・祖父・祖母・その他（ ） |
| | 連絡先 | 自宅・その他（ ） |
| | 電話番号 | ： — — |
| | 携帯電話 | ： — — |
| | メール | |

成 育 歴

記入日 年 月 日 記入者

●妊娠中の様子

●妊娠中、特に気になることがありましたか？ なかった ・ あった
(具体的に)

●出産時の様子

出産予定日 (年 月 日) 出産日 (年 月 日)
 お母さんの年齢 (才) 妊娠期間 (週)
 赤ちゃんの体重 (g) 身長 (cm) 胸囲 (cm) 頭囲 (cm)
 分娩の経過 頭位 骨盤位 その他 ()
 特別な所見 なかった ・ あった
 (所見の内容)

●乳幼児健診等の状況(特記すること)

| | |
|-----------|------------------|
| 4か月児健診 | ・受けていない ・受けた () |
| 6か月児育児教室 | ・受けていない ・受けた () |
| お誕生日健診 | ・受けていない ・受けた () |
| 1歳児歯科育児教室 | ・受けていない ・受けた () |
| 1歳6か月児健診 | ・受けていない ・受けた () |
| 2歳児歯科健診 | ・受けていない ・受けた () |
| 3歳児健診 | ・受けていない ・受けた () |
| 5歳児すこやか相談 | ・受けていない ・受けた () |
| 就学時健診 | ・受けていない ・受けた () |

●乳幼児期の様子

●運動発達 首のすわり (か月) 寝返り (か月) おすわり (か月)
 はいはい (か月) ひとり歩き (才 か月)
 ●聞こえについて気になることがありましたか？ なかった ・ あった (才 か月頃)
 ●あやすと笑いましたか？ はい (才 か月頃からしていた) ・ いいえ
 ●人見知りをしましたか？ はい (才 か月頃からしていた) ・ いいえ
 ●指差しをしましたか？ はい (才 か月頃からしていた) ・ いいえ
 ●初めてことばをいったのは？ (わんわん、プープなど) (才 か月頃) (いったことば)
 ●育児で気になったことがありますか？ (あてはまれば□にチェックしてください)
 落ち着きがない おとなしい 寝てばかりいた あまり寝ない かんしゃくが激しい
 気持ちのきりかえができない 病気がち その他 ()

医療情報

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者 _____

●今までかかった病気(感染症)

| 病名 | 予防接種 | かかった時期 | | | | 備考(症状・合併症など) |
|-------------|------|--------|---|---|----|--------------|
| | | 年 | 月 | 才 | 月頃 | |
| 麻疹(はしか) | 済・未 | 年 | 月 | 才 | 月頃 | |
| 風疹(三日はしか) | 済・未 | 年 | 月 | 才 | 月頃 | |
| 水痘(水ぼうそう) | 済・未 | 年 | 月 | 才 | 月頃 | |
| おたふくかぜ | 済・未 | 年 | 月 | 才 | 月頃 | |
| 伝染性紅斑(りんご病) | 済・未 | 年 | 月 | 才 | 月頃 | |
| 手足口病 | 済・未 | 年 | 月 | 才 | 月頃 | |
| | 済・未 | 年 | 月 | 才 | 月頃 | |
| | 済・未 | 年 | 月 | 才 | 月頃 | |
| | 済・未 | 年 | 月 | 才 | 月頃 | |

●体質(あてはまる項目に○をしてください)

| | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | かぜをひきやすい | <input type="checkbox"/> | かぶれやすい(部位; |
| <input type="checkbox"/> | 下痢をしやすい | <input type="checkbox"/> | 関節が抜けやすい(肘・肩・その他)左・右 |
| <input type="checkbox"/> | 便秘しやすい | <input type="checkbox"/> | その他() |
| <input type="checkbox"/> | よく吐く | <input type="checkbox"/> | |

●基礎疾患・アレルギーなど

| | | |
|----------------|------------|-----|
| 禁忌薬(飲んではいけない薬) | なし・あり(薬名) | () |
| 食物アレルギー | なし・あり(名前) | () |
| 環境アレルギー | なし・あり(種類) | () |
| てんかん | なし・あり(タイプ) | () |
| 慢性的な病気 | なし・あり(病名) | () |
| 常用薬(いつも飲んでる薬) | なし・あり(薬名) | () |

●診断名

| 診断名 | 診断機関名 | 担当医 | 診断時期 |
|-----|-------|-----|------|
| | | 科 | 年 月 |
| | | 科 | 年 月 |
| | | 科 | 年 月 |

●保険等

| | |
|-------------------|------------|
| 健康保険証記号番号 | 小児医療証受給者番号 |
| 国保・健保（政・組）・その他（ ） | |

●かかりつけの医療機関

| | |
|-------|-----|
| 診療科 | 小児科 |
| 医療機関名 | |
| 主治医 | |
| 電話番号 | |
| 備考 | |

| | |
|-------|--|
| 診療科 | |
| 医療機関名 | |
| 主治医 | |
| 電話番号 | |
| 備考 | |

| | |
|-------|--|
| 診療科 | |
| 医療機関名 | |
| 主治医 | |
| 電話番号 | |
| 備考 | |

| | |
|-------|--|
| 診療科 | |
| 医療機関名 | |
| 主治医 | |
| 電話番号 | |
| 備考 | |

| | |
|-------|--|
| 診療科 | |
| 医療機関名 | |
| 主治医 | |
| 電話番号 | |
| 備考 | |

| | |
|-------|--|
| 診療科 | |
| 医療機関名 | |
| 主治医 | |
| 電話番号 | |
| 備考 | |

| | |
|-------|--|
| 診療科 | |
| 医療機関名 | |
| 主治医 | |
| 電話番号 | |
| 備考 | |

| | |
|-------|--|
| 診療科 | |
| 医療機関名 | |
| 主治医 | |
| 電話番号 | |
| 備考 | |

| | |
|-------|--|
| 診療科 | |
| 医療機関名 | |
| 主治医 | |
| 電話番号 | |
| 備考 | |

| | |
|-------|--|
| 診療科 | |
| 医療機関名 | |
| 主治医 | |
| 電話番号 | |
| 備考 | |

●受診の際に気をつけてほしいこと

| 病院内での主な様子 | | 本人への治療法の伝え方 | その他注意してほしいこと |
|-----------|--|-------------|--------------|
| 待合室 | | | |
| 診察室 | | | |
| 注射 | | | |

●特に気をつけてもらいたい病状

(ひきつけ、心臓病、ぜんそく、アレルギー、てんかんなど)

| | | | | |
|----|-------|----|------|------------|
| 病名 | 症状 | | 対応方法 | |
| | 医療機関名 | 電話 | | 診療科 主治医 |
| 病名 | 症状 | | 対応方法 | |
| | 医療機関名 | 電話 | | 診療科 主治医 |

●安全に対応や処置を行うための留意事項

※ 留意事項のほか行動上の注意点、精神的な状態、身体的な状態、過去の事故歴など、事故等の防止に役立つ情報や緊急性の高い情報を記載してください。

●医療機関の記録

※ 今までかかった大きな病気やけがをしたとき、入院して手術や治療を受けたときにお書きください。

| 年 月 日 | 医療機関・診療科等 | 概要(診断名など) |
|------------|-----------|-----------------------------------|
| 年 月 日) | 科 主治医 | <input type="checkbox"/> 記録、資料等添付 |
| 年 月 日) | 科 主治医 | <input type="checkbox"/> 記録、資料等添付 |
| 年 月 日) | 科 主治医 | <input type="checkbox"/> 記録、資料等添付 |
| 年 月 日) | 科 主治医 | <input type="checkbox"/> 記録、資料等添付 |
| 年 月 日) | 科 主治医 | <input type="checkbox"/> 記録、資料等添付 |
| 年 月 日) | 科 主治医 | <input type="checkbox"/> 記録、資料等添付 |
| 年 月 日) | 科 主治医 | <input type="checkbox"/> 記録、資料等添付 |
| 年 月 日) | 科 主治医 | <input type="checkbox"/> 記録、資料等添付 |
| 年 月 日) | 科 主治医 | <input type="checkbox"/> 記録、資料等添付 |
| 年 月 日) | 科 主治医 | <input type="checkbox"/> 記録、資料等添付 |
| 年 月 日) | 科 主治医 | <input type="checkbox"/> 記録、資料等添付 |
| 年 月 日) | 科 主治医 | <input type="checkbox"/> 記録、資料等添付 |
| 年 月 日) | 科 主治医 | <input type="checkbox"/> 記録、資料等添付 |
| 年 月 日) | 科 主治医 | <input type="checkbox"/> 記録、資料等添付 |

●医療機関の記録など

※ 医療機関の記録・薬の説明書などを張り付けるか、とじこんでください。

わたしの思い

| わたしの年齢 | 才 | 記入日 | 年 | 月 | 日 |
|---------|--|-----|---|---|---|
| 今の生活 | 楽しいこと | | | | |
| | 困っていること | | | | |
| これからの生活 | <input type="checkbox"/> 今と同じがいい <input type="checkbox"/> 少し心配 <input type="checkbox"/> 変えたい | | | | |

| わたしの年齢 | 才 | 記入日 | 年 | 月 | 日 |
|---------|--|-----|---|---|---|
| 今の生活 | 楽しいこと | | | | |
| | 困っていること | | | | |
| これからの生活 | <input type="checkbox"/> 今と同じがいい <input type="checkbox"/> 少し心配 <input type="checkbox"/> 変えたい | | | | |

| わたしの年齢 | 才 | 記入日 | 年 | 月 | 日 |
|---------|--|-----|---|---|---|
| 今の生活 | 楽しいこと | | | | |
| | 困っていること | | | | |
| これからの生活 | <input type="checkbox"/> 今と同じがいい <input type="checkbox"/> 少し心配 <input type="checkbox"/> 変えたい | | | | |

家族のねがい

記入者

| 本人の年齢 | 才 | 記入日 | 年 | 月 | 日 |
|---------------|---|-----|---|---|---|
| わたしの いいところ | | | | | |
| 健康について | | | | | |
| 生活環境 | | | | | |
| 通っている ところ | | | | | |
| 将来への希望 | | | | | |

記入者

| 本人の年齢 | 才 | 記入日 | 年 | 月 | 日 |
|---------------|---|-----|---|---|---|
| わたしの いいところ | | | | | |
| 健康について | | | | | |
| 生活環境 | | | | | |
| 通っている ところ | | | | | |
| 将来への希望 | | | | | |

記入者

| 本人の年齢 | 才 | 記入日 | 年 | 月 | 日 |
|---------------|---|-----|---|---|---|
| わたしの いいところ | | | | | |
| 健康について | | | | | |
| 生活環境 | | | | | |
| 通っている ところ | | | | | |
| 将来への希望 | | | | | |

●家族年表1

| | 名前 | 今年 | 1年後 | 2年後 | 3年後 | 4年後 | 5年後 | 6年後 | 7年後 | 8年後 | 9年後 |
|------|----------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 |
| 家族構成 | T S H R 年 月 日生 | | | | | | | | | | |
| | T S H R 年 月 日生 | | | | | | | | | | |
| | T S H R 年 月 日生 | | | | | | | | | | |
| | T S H R 年 月 日生 | | | | | | | | | | |
| | T S H R 年 月 日生 | | | | | | | | | | |
| | T S H R 年 月 日生 | | | | | | | | | | |
| | T S H R 年 月 日生 | | | | | | | | | | |

●家族年表2

| | 名前 | 10年後 | 11年後 | 12年後 | 13年後 | 14年後 | 15年後 | 16年後 | 17年後 | 18年後 | 19年後 |
|------|----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 |
| 家族構成 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |