

乳児期（1歳まで）

歳 か月

記入日： 年 月 日

記入者： （本人との続柄 ）

身 長	cm	視 力	(右) 日常生活に支障（無・有）												
			(左) 日常生活に支障（無・有）												
体 重	g	聴 力	(右) dB 日常生活に支障（無・有）												
			(左) dB 日常生活に支障（無・有）												
			6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	
1日の生活リズム	平日														
	休日														
相談している場所	<input type="checkbox"/> 稲美町役場（ 課） <input type="checkbox"/> 市町（ 課） <内容>														
	<input type="checkbox"/> 医療機関（ ） <内容>														
	<input type="checkbox"/> その他（ ） <内容>														