

生活状況について

(該当するところを○で囲んでください。また記入下さい)

一時保育用

ふりがな 児童名		生年月日	平成 年 月 日 (歳 ヶ月)	性別 男 女
住所		緊急連絡先		
食 事	食べ方	手づかみで食べる。 スプーンで食べる。 箸で食べる		
	好き嫌い	好きなもの () 嫌いなもの ()		
	牛乳	飲む 飲まない 飲ませたことがない		
	ミルク	銘柄 () 一回量 (cc) 間隔 () 時間毎 ミルクの温度 (熱め ぬるめ)		
	離乳食	形態 (つぶしがゆ ・ ぜんがゆ ・ 軟飯 ・ ご飯) 量 () 一日の回数 () 回		
	アレルギー	食べられないもの ()		
排 泄	おむつ	使用している 使用していない		
	排便の回数	一日 () 回		
	知らせ方	知らせる (知らせ方:) 知らせない		
昼 寝	午前	ねむる () 時間ほど 寝ない		
	午後	ねむる () 時間ほど 寝ない		
	寝覚め	良い 普通 悪い		
	寝かせ方	仰向け寝 うつぶせ寝 くせ ()		
泣いたときの、 落ち着く方法		抱っこする おんぶする おしゃぶりする。 その他 ()		
健 康	熱性けいれん	無 } ひきつけ (有・無) 有: 度 分 }		
	ぜんそく	(有・無)		
	アレルギー	無 } おうとぐせ (有・無) 有: } アトピー { 無 } 有: }		
	てんかん	(有・無)		
	ヘルニア	(有・無)		
	ひじ脱臼	(有・無)		
	心臓病	(有・無)		
肩脱臼	(有・無)			
平熱 度 分	愛称		かかりつけの病院	
備考				