

ふりがな 児童名		男 ・ 女	呼び名		生年 月日	年 月 日生 歳 カ月
緊急連絡先	優先 順位	氏名	続柄	勤務先等（「〇〇会社〇〇課」・「携帯」等）		電話番号
	①					
	②					
	③					

◎お子さんの様子について該当する項目に○を付けるか必要事項を記入してください

食事	☐ 授乳期 1回の量（ cc） 間隔は大体（ 時間おき） ☐ 離乳期 今食べているもの（流動 ペースト みじん 柔らかいもの おかゆ おじや たまご 牛乳 その他【 ｝） ミルクの補充（要 c c ・不要） ☐ 普通食 食物アレルギー （・なし・まだわからない・あり→たまご・牛乳・その他【 ｝） ☐ 食事の様子（・食べさせている・手助けが必要・スプーンで自分で食べる・箸で自分で食べる）
排泄	☐ 用法（・トイレ ・おむつ → ・常時 ・睡眠時のみ） ☐ 介助（・用便を知らせる・手助けが必要（ ）・用便が自分でできる・その他（ ）） ☐ 大便（ 回／日） いつ頃（・朝・昼・晩・就寝前・不定）
睡眠	☐ 午睡 ・しない ・する →午前 時頃から 時間くらい →午後 時頃から 時間くらい ・時々する →どんな時？（ ） ☐ 入眠する時の癖や寝かしつけ方（ ）
体質・体調	☐ 平熱（ ）℃ ☐ 病気他 ひきつけ（・なし ・あり 歳 カ月） 心臓病（・なし ・あり 歳 カ月） 脱臼 （・なし ・あり 歳 カ月） 喘息 （・なし ・あり 歳 カ月） 中耳炎 （・なし ・あり 歳 カ月） 食物以外のアレルギー（ ） その他 （ ）
その他	好きな遊び・好きなおもちゃ 癖、こだわり、性格、好きなこと、嫌いなこと、知っておいてほしいことなどあれば