

施設をご利用されるお子様の連絡票

0歳

※あくまで目安です。

毎月のチェック表（この表は、保育士が記入しますので記入不要です。）

4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3

※毎月1回ご確認をさせていただきます。変更点がございましたら必ずご報告ください。

(ふりがな)	
お子様のお名前	男 ・ 女 生年月日 年 月 日 (才 カ月)
緊急連絡先 ①	— — (続柄)
緊急連絡先 ②	— — (続柄)

哺乳について	●乳の種類 母乳 (か月) 母乳との混合 粉乳 ミルクの種類 () 白湯等 (か月から) その他 ()	離乳について	ミルク以外のものを与えたのは か月 (種類) 与え方 (スプーンで ・ 哺乳びんで) 離乳を始めたのは か月
	●時間と量 一日 (回 cc) 時間 (規則的に 時間おきに ・ 不規則) 一回の授乳所要時間 (分)		●1日何回食に進んでいますか？ (1回 ・ 2回 ・ 3回) 食事の量 (多い ・ 普通 ・ 少ない) 一回の食事の所要時間 (分)
	●授乳の様子 飲み具合 (よく飲む ・ 時間がかかる ・ 飲みが悪い) 飲ませ方 (抱いて ・ 寝かせて ・ ラックで) ミルクの温度 (ぬるめ ・ あつめ) 容器 (哺乳びん ・ コップ) げっぷ (すぐ出る ・ でにくい ・ 時間がかかる) 授乳後吐くか (よく吐く ・ 時々吐く ・ 吐かない)		●好きな食べ物 () ●嫌いな食べ物 () ●食事のさせ方 (抱いて ・ ラックで ・ 椅子に座らせて) ●食べ方 (食べさせてもらう ・ 手づかみで ・ 自分で) ●食事のくせ () ●食事について注意していること ()
睡眠	●寝かせ方 (一人 ・ 添い寝 ・ 抱っこ ・ おんぶ) 場所 (ベッド ・ 布団 ・ その他) 寝かた (うつぶせ ・ あおむき ・ 横向き) 寝つき (よい ・ わるい) なかなか眠れないときはどうしていますか () 寝起き (よい ・ わるい) くせ ()	排泄	●おむつ交換一日 (回 時間おき) (硬い ・ 普通 ・ やわらかい ・ 下痢しやすい) (紙おむつ ・ 布おむつ)

健康記録	●既往歴は (無 ・ 有)	●主治医名 ()
	●脱臼 (無 ・ 有)	先生名 ()
	●けいれん (無 ・ 有)	電話番号 ()
	●アレルギー (無 ・ 有)	●平熱 ()
※【有】を記入された方は、必ず裏面にご記入をお願い申し上げます。		
●出やすい症状 便秘 ・ 下痢 ・ 軟便 ・ 腹痛 ・ じんましん ・ 鼻血 ・ 頭痛 ・ その他 ()		
●その他		

お子様の健康記録票

0歳

※あくまで目安です。

(ふりがな)	
お子様のお名前	

※表面で【有】を記入した項目のみ、ご記入いただきますように、お願い申し上げます。

●平熱

℃くらい

●これまでにかかった大きな病気やけが、基礎疾患(心疾患・喘息など):

具体的に記述ください(入院歴、手術歴、園で配慮が必要なことなど):

●脱臼

部位 :

肘

手首

肩

その他

回数 :

回

受傷時の年齢

●けいれん

熱性けいれん

けいれんを起こした時の体温

℃

回数

回

年齢

薬剤の使用

無 ・ 有

薬剤名

憤怒けいれん

回数

回

年齢

状況

●アレルギー

☐ 喘息

薬剤名

☐ アトピー性皮膚炎

薬剤名

☐ アレルギー性鼻炎

薬剤名

アレルギー

☐ アレルギー性結膜炎

薬剤名

アレルギー

☐ 食物アレルギー

薬剤名

食物除去

無 ・ 有

食物名

小麦・大豆・卵・乳

●その他

※お預りをするうえで、気になる事がございましたら、必要な情報をお書きください。