

# 施設をご利用されるお子様の連絡票

3歳以上

※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 )

食	<b>● 朝食</b> ( 時 ) ( 時 ) ( 時 ) <b>● 食事量</b> : 多い ・ 普通 ・ 少ない <b>● おやつ</b> : 一日 ( 回 ) どんなもの ( ) <b>● 偏食</b> : ない ・ ある 好きな物 ( ) 嫌いな物 ( ) <b>● 使うもの</b> : 持つ ( か月から ) ・ 持てない スプーン・フォーク 箸 持つ ( か月から ) ・ 持てない 持ち方 : きき手 : その他 : <b>● 自分で食べる</b> ( 歳 か月から )	<b>● おむつ</b> : している ・ 寝る時だけ ・ 外出時 おむつがとれた時 ( 歳 か月 ) <b>● 大便</b> : おしえる ・ おしえない ひとりでできる ・ できない 回数 ( 一日 回 ) いつ ( 朝 ・ 昼 ・ 夜 ) 状況 ( 硬い ・ 普通 ・ 柔らかい ) <b>● 小便</b> : おしえる ・ おしえない ひとりでできる ・ できない 間隔 ( 時間 ) おねしょ ( する ・ しない )
	<b>● 身の回り</b> ほとんどひとりで する ・ できない できるがやってもらいた がる ・ がらない おとながやって いる ・ いない <b>● 衣服の着脱</b> パンツ着脱 できる ・ できない シャツ着脱 できる ・ できない ボタン、スナップかけ できる ・ できない	<b>睡眠</b> 起床 : ( 時頃 ) ・ 寝起き ( よい ・ わるい ) 就寝 : 床につく ( 時 ) 寝つき ( よい ・ わるい ) 寝かせ方 : 自分の布団でひとりで寝る 誰かと一緒 ( ) <b>眠</b> 昼寝 : する ( 時 ~ 時 ) ・ しない くせ : ( )
身のまわりの事	<b>遊</b> 一人遊び できる ・ できない 好きな遊び ( ) 遊ぶ場所 ( ) <b>び</b> テレビ一日 ( 時間 ) どんなもの ( )	
重要健康記録	<b>● 既往歴</b> ( 無 ・ 有 ) <b>● 脱臼</b> ( 無 ・ 有 ) <b>● けいれん</b> ( 無 ・ 有 ) <b>● アレルギー</b> ( 無 ・ 有 )	<b>● 主治医名</b> ( ) 先生名 ( ) 電話番号 ( ) <b>● 平熱</b> ( )
	※【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。 <b>● 出やすい症状</b> 便秘 ・ 下痢 ・ 軟便 ・ 腹痛 ・ じんましん ・ 鼻血 ・ 頭痛 ・ その他 ( ) <b>● その他</b>	

# お子様の健康記録票

3歳以上

※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

°C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 °C  
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 アレルゲン  
 アレルギー性結膜炎 薬剤名 アレルゲン  
 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。