

施設をご利用されるお子様の連絡票

1~2歳

※あくまで目安です。

毎月初めてご利用される日に、保育士から変更がないか確認しますのでご協力ください。

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

2026 年度

作成日(年 月 日)

(この表は、保育士が記入しますのでご利用者様のご記入不要です。)

※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
緊急連絡先 ①	— (続柄)
緊急連絡先 ②	— (続柄)

哺乳について	<p>●乳の種類</p> <p>種類： 粉乳 ・ 牛乳</p> <p>量： 多い ・ 普通 ・ 少ない</p> <p>授乳時間： 決めていた ・ 決めていなかった</p> <p>※白湯飲んだ事が： ある ・ ない</p>	<p>ミルク以外のものを与えたのは 月 日 時 分</p> <p>(種類)</p> <p>与え方 (スプーンで ・ 哺乳びんで)</p> <p>離乳を始めたのは 月 日 時 分</p> <p>食事の量 (多い ・ 普通 ・ 少ない)</p> <p>一回の食事の所要時間 (分)</p>
	<p>●時間と量 一日 (回 c c)</p> <p>時間 (定期的に 時間おきに ・ 不規則)</p> <p>一回の授乳所要時間 (分)</p>	
睡眠	<p>●授乳の様子</p> <p>飲み具合 (よく飲む ・ 時間がかかる ・ 飲みが悪い)</p> <p>飲ませ方 (抱いて右 ・ 左 ・ 寝かせて ・ ラックで)</p> <p>ミルクの温度 (ふつう ・ ぬるめ)</p> <p>容器 (哺乳びん ・ コップ)</p> <p>げっぷ (すぐ出る ・ でにくい ・ 時間がかかる)</p> <p>授乳後吐くか (よく吐く ・ 時々吐く ・ 吐かない)</p>	<p>●おむつ交換一日 (回 時間おき)</p> <p>硬い ・ 普通 ・ やわらかい ・ 下痢しやすい</p> <p>●大小便 おしえる ・ おしえない</p> <p>●一人で できる ・ できない</p>
	<p>●寝かせ方 (一人 ・ 添い寝 ・ 抱っこ ・ おんぶ)</p> <p>場所 (ベッド ・ 布団 ・ その他)</p> <p>寝かた (うつぶせ ・ あおむき ・ 横向き)</p> <p>寝つき (よい ・ わるい)</p> <p>なかなか眠らないときはどうしていますか ()</p> <p>寝起き (よい ・ わるい)</p> <p>くせ ()</p>	
重要健康記録	<p>●既往歴は (無 ・ 有)</p> <p>●脱臼 (無 ・ 有)</p> <p>●けいれん (無 ・ 有)</p> <p>●アレルギー (無 ・ 有)</p>	<p>※【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。</p> <p>●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 ()</p> <p>●その他</p>

お子様の健康記録票

1~2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		°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	<input type="checkbox"/> 喘息	薬剤名
	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	薬剤名
	<input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎	薬剤名
	<input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎	薬剤名
	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー	薬剤名
		アレルギー
		アレルギー
		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。	