

確認	承認

記入日:西暦 年 月 日

社員番号:

氏名:

お子様について(0歳児クラス)  
 該当生年月日 2023.4.2-2025.4.1

ふりがな 児童氏名	姓	名	愛称	性別	男・女	
生年月日	西暦	年	月	日生	年齢	歳 ヶ月
哺乳	現在	1. 母乳 2. 混合栄養 (メーカー 品名 ) 3. 牛乳				
	哺乳ビン	メーカー名( ) サイズ ( S・M・L・X・Y )				
	授乳状況	1. 1日の授乳回数 : ( )回 * ( )時間おきに授乳中 2. 1回の所要時間 : ( )分位 3. 1回の摂取量(ミルクの場合) : ( )cc 4. ミルク及び母乳の授乳間隔 : ( )時間毎				
	嘔吐	・しやすい ・しにくい				
	保育所での母乳	・希望する ・希望しない				
栄養 ○印をご記入ください	種類	0ヶ月	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月
	母乳を与えた					
	ミルクを与えた					
	果汁を与えた					
	スープを与えた					
	離乳食を与えた					
離乳食	開始	0歳 ヶ月				
	1回の量	・主食 ( )g ・副菜 ( )g ・その他 ( )g				
	現在の調理形態	・ピューレ状 ・ジャム状 ・半固形みじん切り ・固形				
	時間	・1日 回 ( 時頃 ・ 時頃 ・ 時頃 ・ 時頃 )				
睡眠	睡眠時間	・ 時 分 ~ 時 分				
	昼寝	・午前 回 ・午後 回				
	寝つき	・良い ・悪い				
	目覚め	・機嫌良く起きる ・機嫌良く起きない				
	姿勢	・仰向け ・横向き				
	寝かせ方	( ベッド ・ 布団 ) ( ひとりで ・ 添い寝 ・ だっこ )				
排泄	おむつの種類	・紙おむつ ・布おむつ				
	交換回数	・1日 : ( )回				
	大便の回数	・1日 : ( )回				
	便の状態	・硬め ・普通 ・柔らかめ				
健康 I	熱性けいれんをおこしたことはありますか?			・ いいえ ・ はい		
	抗けいれん薬を常備していますか?			・ いいえ ・ はい (薬品名: )		
	蜂に刺されたことはありますか?			・ いいえ ・ はい		
	アトピー性皮膚炎はありますか?			・ いいえ ・ はい		
	アトピー性皮膚炎の薬を使用していますか?			・ いいえ ・ はい (薬品名: )		
	アトピーの症状はどのような症状ですか?					

健康Ⅱ	アレルギーはありますか？	・ いいえ ・ はい
	アレルギーは医師の診断を受けていますか？	・ いいえ ・ はい
	・アレルギーは何ですか？	
	・アレルギーの症状はどのような症状ですか？	
	・食べさせてはいけない食物はありますか？	
発育	外気浴を喜ぶ	・ いいえ ・ はい
	腹ばいで頭や肩を少し持ち上げる	・ いいえ ・ はい
	横向きまで寝返る	・ いいえ ・ はい
	寝返りができる	・ いいえ ・ はい
	手に触れたものをつかむ	・ いいえ ・ はい
	ガラガラを少しの間にぎっている	・ いいえ ・ はい
	近くのを手を伸ばしてつかむ	・ いいえ ・ はい
	音の方向を探す	・ いいえ ・ はい
	あやされると喜び声を出して反応する	・ いいえ ・ はい
	身の周りの動くものを目で追う	・ いいえ ・ はい
	肌に触れたり、からだを動かしてもらうことを喜ぶ	・ いいえ ・ はい
	ミルク、水以外の味を口にした	・ いいえ ・ はい
	首がすわる	・ いいえ ・ はい
	離乳食完了	歳 月
	腹ばいで後ろに進む	歳 月
	はいはいで前進ができる	歳 月
	高ばいでできる	歳 月
	ひとり座りができる	歳 月
	つかまり立ちができる	歳 月
	つたい歩きができる	歳 月
一人立ちができる(始歩)	歳 月	
一人歩きができる	歳 月	
下の歯がはえた	歳 月	
上の歯がはえた	歳 月	
ご家庭の教育方針		
保護者様からみた お子様の姿	・良い点 ( ) ・気になる点 ( ) ・困っている点 ( )	
ちゅうらのおうち への希望		
集団生活の経験はありますか	・ いいえ ・ はい (園名: ) ( 年 月～ 年 月 )	