

確 認	承 認

お子様について(0歳児クラス)

該当生年月日 2025.4.2-2027.4.1

記入日:西暦 年 月 日

職員番号:

氏名:

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) 3. 牛乳	品名 )				
	哺乳瓶	メーカー名( ) サイズ ( S · M · L · X · Y · ヌーク )					
	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					
	ナーサリーでの母乳	・希望する	・希望しない				
○印をご記入ください 栄養	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	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	・半固体みじん切り	・固体		
	時間	・1日 回 ( 時頃 )	・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	
	・アレルゲンは何ですか？		
	・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	
	近くのも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　　ヶ月	
	腹ばいで後ろに進む	歳　　ヶ月	
	はいはいで前進ができる	歳　　ヶ月	
	高ばいでできる	歳　　ヶ月	
	ひとり座りができる	歳　　ヶ月	
	つかまり立ちができる	歳　　ヶ月	
つたい歩きができる	歳　　ヶ月		
一人立ちができる(始歩)	歳　　ヶ月		
一人歩きができる	歳　　ヶ月		
下の歯がはえた	歳　　ヶ月		
上の歯がはえた	歳　　ヶ月		
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（ ）		
ポピングズナーサリー 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 )		