

確 認	承 認

記入日:西暦 年 月 日

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

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 品名 ） 3. 牛乳				
	哺乳ビン	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				
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	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 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)	