

確 認	承 認

記入日:西暦 年 月 日

お子様について(3 歳児以上クラス)

職員番号:

氏名:

該当生年月日 2020.4.2-2023.4.1

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
食事	時 間	(朝 時 分頃) (昼 時 分頃) (夜 時 分頃)					
	おやつ	・内容 () ・時間 (時頃)					
	嫌いなもの	・() ・なし					
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					
	寝かせ方	・うつ伏せ ・ 仰向け ・ 横向き					
	寝る時のくせ	() ・ なし					
排泄	排 泄	・自立している ・介助が必要 ・おむつ					
	排泄を知らせる	・尿意 ・便意 ・排泄した後知らせる					
	排尿後の後始末	・一人で行える ・介助が必要					
	排便後の後始末	・一人で行える ・介助が必要					
	大便の回数	・()日に ()回					
	便の状態	・硬め ・ 普通 ・ 柔らかめ					
健康	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？						
	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？						

