

ふりがな 児童氏名		呼び名〔 〕 男・女	生年月日 平成 年 月 日(歳 ヶ月)第 子 令和
住所 〒		平熱 . °C	保育経験 なし・あり()
父 氏名 tel 勤務先 勤務先tel	母 氏名 tel 勤務先 勤務先tel	兄弟姉妹名前 通園通学先・学年	
食物アレルギー	なし・あり(何で: いつ:) ・通院 あり・なし ・完全除去食: 卵・小麦粉・牛乳・乳製品・その他() ・未経験の食材: 卵・牛乳・小麦粉・大豆・ピーナッツ・ごま 白身魚・えび・かに・その他()		<<職員記入欄>> ○給食確認 提供: OK ・ NG ○おやつ確認 提供: OK ・ 持参 ↓ 普通おやつ ・ 赤ちゃんせんべい ○予防接種 月齢相当 ・ 未接種 ○SNS確認 OK ・ NG
食事	・授乳 母乳・混合・ミルク 粉ミルク:1回量 ml 飲むタイミング() ・離乳食 初期・中期・後期 食事回数: 回/日 食事の時間() ・偏食 なし・あり 内容() ・方法 自分で食べられる・自分で食べようとする・食べさせる 手づかみ・スプーン・フォーク・お箸 ・癖 口に詰め込む・口に溜める・あまり噛まない その他() ・水分摂取 哺乳瓶・ストローマグ・コップ ・麦茶 飲める・飲めない・飲ませていない		
排泄	おむつ・パンツ・トレーニング中・就寝時のみおむつ ・排尿 知らせる・知らせない ・排便 知らせる・知らせない		
睡眠	・就寝時間 時 分～ 時 分 ・昼寝 する・しない ・午前寝 時 分～ 時 分 ・午後寝 時 分～ 時 分 ・寝かしつけ方法 縦抱・横抱・おんぶ・添い寝・その他() ・癖 指吸い・おしゃぶり・タオル・ぬいぐるみ・体の一部・その他		
既往歴 体質	なし・あり(病名: かかりつけ医:) ・定期的に使用している薬 なし・あり() ・熱性けいれん なし・あり(いつ: 計 回) ・食物以外のアレルギー なし・あり(内容:) ・脱臼 なし・あり(部位・左右など:)		
出生 発育	・妊娠中の異常 なし・あり: 妊娠高血圧症候群・切迫早産 その他() ・出生体重 g: 正期産・早産 ・移動 ずりばい・ハイハイ・つたい歩き・歩く(歩き始め 歳 ヶ月) ・人見知りや場所見知り なし・あり ・好きな遊びやおもちゃ() ・検診で指摘されたこと []		
備考	・お預かりをするにあたって伝えておきたいこと() ・利用目的 通院・仕事・行事・リフレッシュ・その他() ・当施設を知るきっかけ ホームページ・市の紹介・友人の紹介・SNS・近所		