

()

子どもさんについて教えてください

ID

()

おなまえ

愛称

かかりつけ医

生年月日 年 月 日

保護者連絡先

1人目 氏名
TEL

勤務先 名称
TEL

通園・通学施設名

保護者連絡先

2人目 氏名
TEL

勤務先 名称
TEL

好きな遊びを教えてください。(好きなおもちゃ・テレビ・うた・キャラクター など)

【

薬の飲ませ方について(あてはまるものに○をお願いします)

【そのまま飲む・スプーンで飲む・団子状にする・スポイトで飲む・溶かして飲む()】

排泄について

・オムツですか はい・いいえ ・おまるが必要ですか はい・いいえ

・トイレ(ひとりで拭けますか) はい・いいえ ・トイレトレーニング中ですか はい・いいえ

食事について(あてはまるものに○をお願いします)

食べ方 ・介助が必要 ・自分で食べるが介助が必要 ・自分で食べる (フォーク・スプーン・箸)

飲み物 ・介助が必要(哺乳瓶・マグマグ・ストロー・コップ) ・自分で飲む(哺乳瓶・マグマグ・ストロー・コップ)

離乳食 ・初期 ・中期 ・後期 ・完了(きざみ) ・普通食

食物アレルギー(あり・なし) アレルギー食品【卵・大豆・牛乳・その他()】

食べさせたことがない食品()

嫌いな食べ物 あり・なし ありの方()

ミルク ・母乳 ・ミルク ・混合 ミルクの種類【

1日 回 タイミング(時間)【

睡眠について(あてはまるものに○をお願いします)

時間 朝寝 (時から時まで) お昼寝 (時から時まで)

寝かせ方 抱っこ・ラック・トントン・1人で・その他()

処置について(あてはまるものに○をお願いします)

保育中に熱が上がった場合、解熱剤を使用してもよいですか はい・いいえ

緊急時や急変時の受診・処置をクリニックで行います 同意する 署名()

解熱剤を持参していない場合や受診・処置を行った場合、お迎え時に精算となります。

☆気をつけてほしいこと☆