

児童名

現在の保育	家庭 ・ その他( )										
食事	家庭で牛乳を 飲んでいる(コップで飲めますか? YES / NO) ・ 飲んだことがない										
	家庭で卵を 食べている ・ 食べたことがない										
	食物アレルギー	あり ・ なし 除去食品( )									
	食欲	あり ・ なし 時間がかかる									
	好き嫌い	あり ・ なし 嫌いな食品( )									
	食べ方	手づかみ ・ フォークスプーン ・ 箸 ・ 食べさせてもらう									
排泄	オムツ	している ・ していない ・ トイレトレーニング中									
	大便	おしえる ・ 出たらおしえる ・ おしえない									
睡眠	就寝時間( ) 起床時間( ) 朝食時間( )										
	昼寝	している(何時頃からどれくらい? ) ・ していない									
	寝るときの癖や注意事項										
遊び	お友達と遊んでいましたか? (遊んでいた ・ ひとり遊び)										
	好きな遊び( )										
	砂遊び (OK ・ NO)					水遊び (OK ・ NO)					
アレルギー	あり (何によるものですか? 例: 食物、動物、植物、薬 ) ・ なし										
	アレルギー疾患 ( 気管支喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ その他 ) ・ なし										
予防接種 (該当するものに○印)	ポリオ		3種混合				MR(麻疹・風疹)		BCG	流行性 耳下腺炎	水痘
	1回目	2回目	I期・1回目	I期・2回目	I期・3回目	I期・追加	I期	II期			
感染症 (かかったことがあるものに○印)	麻疹 ・ 風疹 ・ 流行性耳下腺炎 ・ 水痘 ・ 突発性発疹										
体質的なこと	風邪をひきやすい 便秘しやすい 下痢しやすい 吐きやすい( の時に)										
	湿疹ができやすい じんましんがしやすい 口内炎になりやすい										
	鼻血が出やすい 中耳炎になりやすい 関節がはずれやすい(部位 )										
	熱を出しやすい けいれんをおこしたことがある(何によるものですか? )										
	その他( )										
平熱	℃		出産時の異常		なし ・ あり(どのような? )						
心配なこと											
医師から指導されていること 特に配慮が必要なこと											
かかりつけの医療機関		電話( )									