

家庭の状況

— 2歳・3歳・4歳・5歳児用 —

ふりがな
園児氏名：

生年月日：令和 年 月 日生

にしばるこども園

| | |
|-------|--|
| 食事 | <ul style="list-style-type: none"> • 食欲 <input type="checkbox"/>旺盛 <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>少食 • 速度 <input type="checkbox"/>早い <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>遅い • 食べ方 <input type="checkbox"/>一人で食べられる <input type="checkbox"/>一人で食べられない • 食具 <input type="checkbox"/>手づかみ <input type="checkbox"/>スプーン <input type="checkbox"/>お箸 <input type="checkbox"/>大人が食べさせている スプーンを使う(月) ・ お箸を使う(歳) • 利き手 <input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左 • 好き嫌い <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし (好きな食べ物： 嫌いな食べ物：) • 食事時間 朝(時) ・ 昼(時) ・ 夜(時) ・ 1回の食事時間(おおよそ 分) • 飲み物 <input type="checkbox"/>水 <input type="checkbox"/>麦茶・お茶 <input type="checkbox"/>牛乳 <input type="checkbox"/>その他(ジュースなど) 特に家で飲むもの() • おやつ <input type="checkbox"/>食べない <input type="checkbox"/>食べる(時間を決めて 時 ・ 子どもが欲しがるときに) 主に() |
| 睡眠 | <ul style="list-style-type: none"> • 起床時間(:)時頃 ・ 就寝時間(:)時頃 • 昼寝 <input type="checkbox"/>する <input type="checkbox"/>しない • 寝つき <input type="checkbox"/>よい <input type="checkbox"/>わるい ・ 寝起き <input type="checkbox"/>よい <input type="checkbox"/>わるい • 入眠方法 <input type="checkbox"/>おんぶ <input type="checkbox"/>抱っこ(縦抱き・横抱き) <input type="checkbox"/>添い乳・添い寝 <input type="checkbox"/>見守り • 寝る時の癖 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり()例：うつぶせ、タオルケット持つなど • 眠りの状態 <input type="checkbox"/>よく寝る <input type="checkbox"/>途中目覚める <input type="checkbox"/>眠りが浅い |
| 排泄 | <ul style="list-style-type: none"> • パンツ <input type="checkbox"/>紙パンツ <input type="checkbox"/>布パンツ • 排尿 <input type="checkbox"/>ひとりでできる <input type="checkbox"/>ひとりでできない ・ 知らせることができる <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>できない <input type="checkbox"/>漏らさない <input type="checkbox"/>漏らす(時々・頻繁) • 夜尿 <input type="checkbox"/>しない <input type="checkbox"/>する(毎日・時々) <input type="checkbox"/>夜間のみ紙パンツをしている • 排便 <input type="checkbox"/>ひとりでできる <input type="checkbox"/>ひとりでできない ・ 知らせることができる <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>できない <input type="checkbox"/>ひとりでふける <input type="checkbox"/>ひとりでふけない <input type="checkbox"/>快便 <input type="checkbox"/>便秘症 <input type="checkbox"/>下痢しやすい |
| 発育 | <ul style="list-style-type: none"> • 寝返り(月) ・ ハイハイ(月) ・ 歩き始め(月) • 言葉 使い始め(月頃) <input type="checkbox"/>よく話す <input type="checkbox"/>あまり話さない <input type="checkbox"/>赤ちゃん言葉が残っている |
| 性格 | |
| 遊び | <ul style="list-style-type: none"> • 誰とよく遊びますか <input type="checkbox"/>年上 <input type="checkbox"/>同年 <input type="checkbox"/>年下 <input type="checkbox"/>ひとりで遊ぶ <input type="checkbox"/>大人と遊ぶ その他() • 好きな遊び 屋内() 屋外() |
| 既往歴 | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>水痘 歳 カ月 <input type="checkbox"/>流行性耳下腺炎 歳 カ月 <input type="checkbox"/>はしか 歳 カ月 <input type="checkbox"/>風しん 歳 カ月 <input type="checkbox"/>百日咳 歳 カ月 <input type="checkbox"/>熱性けいれん 初回 歳 カ月 最後 歳 カ月 これまでに 回 |
| アレルギー | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>食物アレルギー(原因物質) アドレナリン自己注射薬処方 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし • アナフィラキシー 歳 カ月 <input type="checkbox"/>ぜんそく(原因物質) <input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/>その他アレルギー() |
| 備考 | |