

家庭の状況

—0歳児・1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	<p>【ミルク（母乳）や離乳食】</p> <p><input type="checkbox"/>母乳 <input type="checkbox"/>ミルク（品名： _____）</p> <p>・量（ _____ cc）</p> <p>・授乳間隔 <input type="checkbox"/>母乳を（ _____ ）時間おき <input type="checkbox"/>ミルクを（ _____ ）時間おき</p> <p>・哺乳瓶のメーカー（ _____ ） ・哺乳瓶の乳首（ _____ ）</p> <p>・現在の食事 <input type="checkbox"/>ミルクのみ <input type="checkbox"/>離乳食（初期・中期・後期・完了期）+ミルク（ _____ cc）</p> <p><input type="checkbox"/>普通食（幼児食） ・離乳食開始（ _____ ）ヶ月</p> <p>・離乳食の内容 ※大きさや食べているものなど</p> <p>{ _____ }</p> <p>・食事の回数（ _____ 回）/1日：（ _____ 時）・（ _____ 時）・（ _____ 時）</p> <p>・1回の食事時間 およそ（ _____ 分）</p> <p>・1回の量と調理方法について記入してください ※g数がわかればg数、お粥やすりつぶしなど</p> <p>{ _____ }</p> <p>【普通食（幼児食）】</p> <p>・食欲 <input type="checkbox"/>旺盛 <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>少食</p> <p>・速度 <input type="checkbox"/>早い <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>遅い</p> <p>・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 <input type="checkbox"/>大人が食べさせている</p> <p>・食具 <input type="checkbox"/>手づかみ <input type="checkbox"/>スプーン <input type="checkbox"/>お箸</p> <p>スプーンを使う（ _____ ヶ月） ・ お箸を使う（ _____ 歳）</p> <p>・利き手 <input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左</p> <p>・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： _____）</p> <p>・食事時間 朝（ _____ 時）・昼（ _____ 時）・夜（ _____ 時）・1回の食事時間（およそ _____ 分）</p> <p>・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）</p> <p>特に家で飲むもの（ _____ ）</p> <p>【間食（おやつ）】</p> <p><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）</p> <p>主に（ _____ ）</p>
睡眠	<p>・起床時間（ _____ ）時頃 ・就寝時間（ _____ ）時頃</p> <p>・昼寝 <input type="checkbox"/>する <input type="checkbox"/>しない</p> <p>・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</p> <p>・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</p> <p>・寝る時の癖 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（ _____ ）</p> <p>・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</p>
排泄	<p>・パンツ <input type="checkbox"/>紙パンツ <input type="checkbox"/>布パンツ</p> <p>・排尿 <input type="checkbox"/>ひとりでできる <input type="checkbox"/>ひとりでできない <input type="checkbox"/>知らせることができる</p> <p><input type="checkbox"/>漏らす <input type="checkbox"/>濡れていると嫌がる <input type="checkbox"/>濡れていても平気である</p> <p>・夜尿 <input type="checkbox"/>する <input type="checkbox"/>しない <input type="checkbox"/>夜間のみ紙パンツをしている</p> <p>・排便 <input type="checkbox"/>ひとりでできる <input type="checkbox"/>ひとりでできない</p> <p><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</p>
発育	<p>・寝返り（ _____ ヶ月） ・ハイハイ（ _____ ヶ月） ・歩き始め（ _____ ヶ月）</p> <p>・言葉使い始め（ _____ ヶ月頃） <input type="checkbox"/>はっきりしている <input type="checkbox"/>はっきりしていない <input type="checkbox"/>よく話す <input type="checkbox"/>あまり話さない</p>
性格	
遊び	<p>・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（ _____ ）</p> <p>・好きな遊び 屋内（ _____ ）</p> <p>屋外（ _____ ）</p>
既往歴	<p><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</p> <p><input type="checkbox"/>風しん 歳 カ月 <input type="checkbox"/>百日咳 歳 カ月</p> <p><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</p>
アレルギー	<p><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</p> <p>・アナフィラキシー 歳 カ月</p> <p><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（ _____ ）</p>