

休日保育 児童状況登録書

記入日 年 月 日

児童氏名	ふりがな		
	氏名 男・女 生年月日 平成 年 月 日 (歳 ヲ月)		
	現在入園している施設名:	電話番号:	
利用時間:			
保護者	住所(自宅) 〒		TEL: FAX: e-mail:
	ふりがな	勤務先:	勤務先電話番号:
	氏名(父)	勤務先住所:	携帯電話番号
	ふりがな	勤務先:	勤務先電話番号:
	氏名(母)	勤務先住所:	携帯電話番号
生活	食事	乳児	<input type="checkbox"/> 授乳一日 回 <input type="checkbox"/> 使用粉乳名() <input type="checkbox"/> 夜間授乳(する・しない) <input type="checkbox"/> 量(1回) <input type="checkbox"/> 時間間隔() <input type="checkbox"/> 白湯(飲める・飲めない) <input type="checkbox"/> 麦茶(飲める・飲めない・一人で飲める・一人で飲めない) <input type="checkbox"/> 食事を一人で食べられる・食べられない
		幼児	<input type="checkbox"/> 自分で食べる(スプーン・フォーク・箸・) <input type="checkbox"/> 食事の量(多い・普通・少ない) <input type="checkbox"/> 好きな物() <input type="checkbox"/> 嫌いな物() <input type="checkbox"/> 食事を一人で食べられる・食べられない
	排泄	<input type="checkbox"/> オムツ(している・寝る時だけする・していない) <input type="checkbox"/> 小便(自分でできる・できない) 近い・普通・遠い <input type="checkbox"/> 大便(自分でできる・できない) 下痢症・普通・便秘症 <input type="checkbox"/> 後始末 小便(一人でできる・できない) 大便(一人でできる・できない)	
体質的特徴	<input type="checkbox"/> 平熱 () 度くらい <input type="checkbox"/> 血液型 (RH +・-) 型 <input type="checkbox"/> 鼻出血しやすい: はい ・ いいえ <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい: (どこの間接か) <input type="checkbox"/> 股関節脱臼 : 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ひきつけをおこしたことがある: () 歳ごろ・どんな時() <input type="checkbox"/> アレルギー: 食物・喘息・鼻炎・結膜炎・湿疹・アトピー <input type="checkbox"/> 食物除去: なし・あり (原因食物) <input type="checkbox"/> かかりやすい病気 () <input type="checkbox"/> その他特に気を付けてほしい事がありましたらご記入下さい。 (発達支援センターなどで指導を受けたことがあるなど)		

■保護者から児童について伝えておきたいこと