

お子さまカルテ

ふりがな		男 、 女	生年月日	第	子
児童名			年 月 日		
保護者名		住 所	〒		
緊急 連絡先	①	氏名	続柄	連絡先	
	②				

健康	平熱 _____ °C 既往歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん _____ 回 <input type="checkbox"/> 脱臼 _____ 回 アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____) 除去食品 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
食事	離乳食 <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 普通 食欲 <input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 小食 <input type="checkbox"/> ムラがある 好きな食べ物 (_____) 嫌いな食べ物 (_____)
哺乳	<input type="checkbox"/> ミルクのみ <input type="checkbox"/> 母乳のみ <input type="checkbox"/> 混合 ミルク品名 (_____) 1日 _____ 回 1回量 _____ c c <input type="checkbox"/> 吐乳しやすい <input type="checkbox"/> 吐乳しない (あまりしない)
睡眠	起床時間 _____ : _____ 就寝時間 _____ : _____ 午前睡 (朝寝) <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (_____ : _____ ~ _____ 時間程度) 午睡 (昼寝) <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (_____ : _____ ~ _____ 時間程度) 入眠時の体勢 <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> うつぶせ <input type="checkbox"/> 横向き 入眠時のくせ (_____)
排泄	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パンツ (自立) <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中
集団生活	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
遊び	好きな遊び (_____) 好きなおもちゃ (_____)
体調面や行動面で気を付けること (心配なこと)、知らせておきたいこと	