

利用日時	年 月 日 時 分 ~ 時 分
フリガナ	男・女
対象児童氏名	保護者氏名
	お迎え予定氏名

☆ご家庭での様子（健康状態等）

- 健康状態 (良好・咳・鼻水・その他く)
- 一週間以内に本人又は家族が感染症にかかった (いいえ・はい)
- 体温 (°C)
- 食事
 - 朝食時間 (時 分) / 量 (多い・普通・少ない・食べてない)
 - 昼食時間 (時 分) / 量 (多い・普通・少ない・食べてない)
 - お弁当持参 (あり・なし) / おやつ持参 (あり・なし)
- 授乳
 - 最終授乳時間
 - 母乳・ミルク _____ c.c (時 分)
 - ミルク持参 (あり・なし)
 - 次回授乳時間目安
 - 母乳・ミルク _____ c.c (時 分)
- 睡眠
 - 普段午前寝 していない / している (: ~ :)
 - 睡眠時間 (: ~ :)
 - 睡眠状態 (深い / 浅い)
 - 寝起き (良い / 悪い)
 - 入眠 (一人で寝る / 抱っこ / おんぶ)
 - 寝る時のくせ ()
- オムツ (要・不要・トイレトレーニング中)

入室前の最終トイレ時間 (時 分)
- ひきつけを起こしたことがありますか? (いいえ・はい)
- けいれんを起こしたことがありますか? (いいえ・はい)

はいの場合 (熱あり・熱なし)

熱ありの場合 (最後は 年 月頃)
- アレルギーはありますか? (なし・あり ())
- 喘息はありますか? (なし・あり)
- ひじやその他の関節が抜けたことがありますか? (なし・あり)

• ありの場合具体的な部位、注意する点を記入してください。

{ }



13. 現在の体の状態であてはまる所に○をつけてください。

- () 現在、湿疹やできものができてる
 () 現在、ケガ等による傷がある
 () その他 身体のことで伝えたいこと



{ }