

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 R 年 月 日(歳 ヲ月)	
	現在入園している施設名:	電話番号:
休日保育利用時間:		
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	<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