

# 鹿児島市子育て短期支援事業 児童資料(乳児)

氏名・住所・連絡先等	
ふりがな 児童	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生年月日      年      月      日      才
ふりがな 保護者氏名	続柄(      )      連絡先(      )
住所	

出産時の状況	
妊娠週数	週
出産時の体重	g

普段の様子	
現在の体重	
平熱	度
洋服のサイズ	
オムツのサイズ	
排 便	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 便秘がち <input type="checkbox"/> 下痢がち
寝る姿勢	<input type="checkbox"/> うつぶせ <input type="checkbox"/> あおむけ <input type="checkbox"/> よこむけ
寝つき	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い
寝起き	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い
ゆびしゃぶり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
特に注意すること(      )	

健康面について(当てはまるものすべてに☑してください。)	
<input type="checkbox"/> 心臓疾患(内容:      )	
<input type="checkbox"/> ひきつけ (どんなときに:      )	
<input type="checkbox"/> 痙攣(どんなときに:      )	
<input type="checkbox"/> 今までに高い熱      度 (どんなときに:      )	
<input type="checkbox"/> おむつかぶれ	
<input type="checkbox"/> かぜをひきやすい	
<input type="checkbox"/> 喘息発作	

予防接種	
<input type="checkbox"/> ロタウィルス	<input type="checkbox"/> 水痘
<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 日本脳炎
<input type="checkbox"/> ヒブ	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	
<input type="checkbox"/> 4種混合(DPT-IPV)	
<input type="checkbox"/> 2種混合(DT)	
<input type="checkbox"/> BCG(結核)	
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	

現在の体調(当てはまるものすべて☑してください。)	
<input type="checkbox"/> 発熱      度	
<input type="checkbox"/> 体調不良(内容:      )	
<input type="checkbox"/> 家族の体調不良(内容:      )	
<input type="checkbox"/> 感染症(内容:      )	
<input type="checkbox"/> 家族の感染症(内容:      )	
<input type="checkbox"/> 上記すべて該当なし	

飲んでいるお薬や治療中の病気について教えてください。	
治療中の病気	<input type="checkbox"/> あり(      ) <input type="checkbox"/> なし
服薬	<input type="checkbox"/> あり(      ) <input type="checkbox"/> なし

アレルギーについて教えてください。	
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> あり(      ) <input type="checkbox"/> なし
家族の食物アレルギー	<input type="checkbox"/> あり(      ) <input type="checkbox"/> なし
その他アレルギー	<input type="checkbox"/> あり(      ) <input type="checkbox"/> なし
家族のその他のアレルギー	<input type="checkbox"/> あり(      ) <input type="checkbox"/> なし

ミルク・食事	
ミルク会社(例: 明治のF&P)	
哺乳力	<input type="checkbox"/> 一気に飲む <input type="checkbox"/> 休み休みのむ
哺乳量(      CC      時間おき      回)	
重湯	<input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んでいない
離乳食	<input type="checkbox"/> 食べている <input type="checkbox"/> 食べていない
食事の形態	<input type="checkbox"/> どろどろのスープ状 <input type="checkbox"/> つぶつぶのおかゆ状 <input type="checkbox"/> 大人のものより柔らかめ
食事の回数	1 日      回
好き嫌い	<input type="checkbox"/> あり(      ) <input type="checkbox"/> なし
牛 乳	<input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んでいない 量(      )CC(      )回

その他 留意する事項があればご記入ください。	