

鹿児島市子育て短期支援 児童資料 (2才未満)

ふりがな			
児 童 氏 名	生年月日 年 月 日		
現 住 所			
保 護 者 名			
連 絡 場 所	昼間 Tel	—	—
	夜間 Tel	—	—
健康面について	・妊娠週数 正常 ・ 異常 (週)	8 喘息様発作がありますか	
	・分娩の状況 頭位・骨盤位・帝王切開	はい	・ いいえ
	・出生時の体重 () g	家族 はい	・ いいえ
	1 心臓疾患 無 ・ 有	9 排便について	
	家族 無 ・ 有	異常なし	・ 便秘がち ・ 下痢がち
	2 アレルギー 無 ・ 有	10 寝つき 良 ・ 悪	
	家族 無 ・ 有	11 寝起き 良 ・ 悪	
	3 ひきつけ 無 ・ 有	12 寝る姿勢	
どんなとき ()	うつぶせ	・ あおむけ ・ よこむき	
4 今までに高い熱 () °C	13 寝るとき ひとりで眠る		
どんなとき ()	添い寝をする		
5 おむつかぶれ(皮膚疾患) 無 ・ 有	哺乳瓶をもって		
6 予防接種 ()	おんぶ抱っこ		
7 風邪をひきやすいですか	14 指しゃぶり 無 ・ 有		
はい ・ いいえ	15 服薬 無 ・ 有 ()		
ミルク・食事	①ミルクはどこ会社のものですか (例) 明治のF&P		①果汁・重湯を食べていますか?
			はい ・ いいえ
	②吸引力 一気に飲む ・ 休み休み飲む	②離乳食を食べていますか?	
			はい ・ いいえ
	③哺乳量 () cc	③1日に何回食べていますか?	
	() 時間おき	() 回	
() 回	④どのような形態の食事ですか?		
④ミルク後の排気	・ どろどろのスープ状		
・ 抱っこして背中をトントンしている	・ つぶつぶのおかゆ状		
・ ミルクを飲んだらそのままにしている	・ 大人のものより柔らかめ		
⑤アレルギーの出る食品	⑤好き嫌い 無 ・ 有		
無 ・ 有 ()	⑥牛乳を飲んでいますか はい ・ いいえ		
家族 無 ・ 有 ()	量 () cc () 回		
その他	※最近の健康状態(特に感染症など)などを記入してください。		