

○今までひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか なし ・ あり
↓
回（ 歳 か月）

○今まで関節がずれたり、はずれたりしたことがありますか なし ・ あり
↓
回（ 歳 か月）部位： ひじ ・ その他（ ）

今までの生活状況について

●授乳・食事

乳汁の種類【 母乳のみ ・ 混合 ・ ミルクのみ 】授乳の時間と量： 時間ごと ml離乳
食 ・ 乳幼児食【 食べさせてもらう ・ 一人で食べる（手づかみ・スプーン・はし）】

●睡眠

睡眠時間 1 8 2 1 2 4 3 6 9 1 2 1 5 1 8時
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

↑ 睡眠時間の範囲に斜線「//////////」を表示してください

ベッド ・ ふとん ・ その他（ ）

寝かせ方 添い寝 ・ おんぶ ・ だっこ ・ 一人で

寝つき（ 良い ・ 悪い ） 寝起き（ 良い ・ 悪い ）

●排泄

おむつ使用（ 紙 ・ 布 ）

排尿： トイレでできる ・ おしえる ・ おしえない

排便： トイレでできる ・ おしえる ・ おしえない

●着衣

着る： ほとんどひとりでできる ・ てつだってもらう ・ おとながする

脱ぐ： ほとんどひとりでできる ・ てつだってもらう ・ おとながする

●ことば

発声あり「あーあー」「ばぶばぶ」など ・ かたことで ・ はっきりと ・ 発語なし

●遊び

好きな遊びやおもちゃはなんですか（ ）

●お子様について園に伝えたいことがありましたら、ご記入ください。

（ ）

< 同意欄 >

一時保育に関して説明を受け、その内容を理解しましたか はい いいえ
「一時保育利用カード」について説明を受けましたか はい いいえ
「一時保育児童票」に誤記・記入もれがないか確認しましたか はい いいえ

保護者署名