

# 子どもの状況

※該当するものに✓してください。

食 事	量	<input type="checkbox"/> よく食べる	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> あまり食べない	
	食べ方	<input type="checkbox"/> 1人で食べる	<input type="checkbox"/> 食べさせる		
	好きな食べ物				
	嫌いな食べ物				
	その他				
睡 眠	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		
	寝 方	<input type="checkbox"/> 一人で寝る	<input type="checkbox"/> おんぶして寝る	<input type="checkbox"/> 抱っこして	
	睡眠時間	就寝時刻	時	起床時刻	時
	その他（癖など）	平均睡眠時間			
排 泄	おむつ	<input type="checkbox"/> トイレ誘導	<input type="checkbox"/> 手伝いがいる	<input type="checkbox"/> 自立している	
	小便	<input type="checkbox"/> 知らせる <input type="checkbox"/> 知らせない	大便	<input type="checkbox"/> 知らせる <input type="checkbox"/> 知らせない	
歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立している		<input type="checkbox"/> 仕上げ磨き	<input type="checkbox"/> 磨いてあげる	
遊 び	好きな遊び				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー ( ) <input type="checkbox"/> その他のアレルギー ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> アレルギーはない		<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> じんましん		
病 歴	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> その他 ※これまでかかった大きな病気 ( )		<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 喘息		<input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん
発育について	健診を受けた際、経過観察等注意を要すると言われたことがありますか				
	<input type="checkbox"/> 特にない		<input type="checkbox"/> ある [ ]		
特に知らせておきたい事	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

※お子様の安全のためにも、すべての項目にご記入をお願いします。