

台東区乳幼児ショートステイ事業乳幼児状況票

記入年月日（ 年 月 日） 記入者氏名（ ） 続柄（ ）

お子さんの 氏名	フリガナ	愛称	年 月 日生 (歳 ヶ月)
-------------	------	----	-------------------

1 出生時の状況

在胎週数（ 週） 体重（ g）
 出生時の異常 なし ・ あり（ ）

2 一日の流れ

起床、食事（授乳）、お昼寝、お風呂、就寝

3 生活の状況

① 食事

授乳 母乳（1日 回） ・ 混合 ・ 人工（1回 cc × 回）
 ミルクの種類（ ） 特殊ミルクの希望 なし ・ あり（ ）
 食事の内容 大人と同じ ・ 幼児食 ・ 離乳食（初期・中期・後期・完了期） 1日 回
 食欲（ある ・ 普通 ・ なし）
 好きなもの（ ） 嫌いなもの（ ）
 アレルギー等 なし ・ ある（ ）
 除去してほしいもの（ ）
 食べる方法 {
 食べさせて ・ 手づかみで ・ スプーン・フォークで ・ 箸を使う
 もらう 食べる 自分で食べる
 }

② 睡眠

寝つき（よい ・ ふつう ・ 悪い） 寝起き（よい ・ ふつう ・ 悪い）
 寝つくためのくせ、必要なもの（ ）
 昼寝（する ・ しない）
 夜泣き（する ・ しない）（対応法）

③ 排泄

方法（オムツ ・ トイレトレーニング中 ・ 教える ・ だいたい1人でできる ・ 自立）
 おねしょ（する ・ しない）
 大便の回数と状態（1日 回、 時頃、 硬い ・ ふつう ・ 柔らかい）

④ 遊び

いつもしている遊び（ ）

4 健康状態

平熱	℃	ひきつけ	有（今まで	何回）	・ 無
現在、気になること	有 ・ 無 〔 有の内容 〕				
今までかかった病気	有 ・ 無 〔 病名・時期など 〕				
アレルギー	有（薬物・食物・その他） ・ 無 〔 有の内容 〕				
お薬	有 ・ 無 〔 内服、軟膏など 〕				
具合が悪くなったときの対応					
かかりつけ医	〔 〕 病院・医院、〔 〕 先生 電話番号（ 〔 〕 ）				

5 予防注射について

BCG	年 月 日		1回目	年 月 日	
水痘	1回目	年 月 日	ヒブ	2回目	年 月 日
	2回目	年 月 日		3回目	年 月 日
四種混合	1回目	年 月 日		小児用肺炎球菌	追加
	2回目	年 月 日	1回目		年 月 日
	3回目	年 月 日	2回目		年 月 日
	追加	年 月 日	3回目		年 月 日
MR	年 月 日		追加	年 月 日	
おたふく	年 月 日		（ 年 月 日 ）		
その他	（ 年 月 日 ）	その他	年 月 日		

6 お子さんや兄弟が通っている幼稚園・保育園などで、現在流行っている病気はありますか？（例 はしか、風疹、インフルエンザなど）

有 ・ 無
〔 有の内容 〕

7 その他、お子さんについて、特に伝えたいことがありましたらご記入ください。

〔 〕