

ケアカード（0歳～1歳3か月）

平成 年 月 日 現在

ふりがな	愛称・呼び名	生年月日	年齢
名前	男・女	平成 年 月 日生	歳 カ月
緊急連絡先①：		緊急連絡先②：	
ミルク・食事について	<p>◎主な栄養は（・母乳・混合・粉ミルク）である。 <input type="radio"/>授乳時間（　　）時間毎</p> <p>◎離乳食を開始されている方はどの段階ですか？ （準備期 初期 中期 後期 完了期） <input type="radio"/>1日に（　　）回 時ごろ 時ごろ 時ごろ</p> <p>◎離乳食や幼児食後のミルクは？（ある〔　　cc足している〕・なし） <input type="checkbox"/>アレルギー等があれば具体的に記入してください。</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>		
	<p>◎好きな寝かたはありますか？ うつ伏せ・仰向け・横向け・その他 *安全上うつ伏せ寝は、出来ません</p> <p>◎寝るとき、何か癖がありますか？ 決ったもの（　　）を持って寝る・その他（　　）</p>		
排泄について	<p>◎おむつは（布おむつ・紙おむつ・両方利用）</p> <p>◎おしりはかぶれやすい方ですか？（はい・いいえ） はいと答えた方で <input type="checkbox"/>予防でされていることがありますか？（　　） <input type="checkbox"/>かぶれたときの対応は（　　）</p>		
	<p>◎平熱は（　度　分）</p> <p>◎今までに大きな病気、けがをしたことがありますか？ ある（　　頃　　）・ない <input type="checkbox"/>現在の状態（　　）</p> <p>◎今までにけいれん（ひきつけ）を起したことがありますか？ ある（　　頃　　）・ない</p> <p>◎身体について気になる事、配慮する事があればご記入ください。</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>		
1日の生活のリズムをご記入ください	<p>7:00 12:00 22:00</p> <p>▼ ▼ ▼</p>		
その他	<p>◎保育士に希望される事もしくは保育上の留意点をご記入ください。</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>		