

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	◎主な栄養は（ ・母乳 ・混合 ・粉ミルク）である。 ○授乳時間（ ）時間毎 ◎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 ） ○1日に（ ）回 時ごろ 時ごろ 時ごろ ◎離乳食や幼児食後のミルクは？（ある〔 cc 足している〕 ・なし） ◎アレルギー等があれば具体的に記入してください。 []		
睡眠について	◎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 *安全うつ伏せ寝は、出来ません ◎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（ ）		
排泄について	◎おむつは（布おむつ・紙おむつ・両方利用） ◎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 ○予防でされていることがありますか？（ ） ○かぶれたときの対応は（ ）		
健康状態に ついて	◎平熱は（ 度 分） ◎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 ○現在の状態（ ） ◎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 ◎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。 []		
1日の生活のリ ズムをご記入 ください	7:00 12:00 22:00 ▼ ▼ ▼		
	[]		
その他	◎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。 []		