

ケアカード（1歳4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 ヶ月
緊急連絡先①：		緊急連絡先②：	
食事について	<input type="radio"/> ひとりで食事はできますか？ (<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 介助が少し必要 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="radio"/> 食事の所要時間はどのくらいですか？ () 分くらい <input type="radio"/> (<input type="checkbox"/> おはし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク) を使う。 <input type="radio"/> 偏食はありますか？ (はい・いいえ) 好きなもの () 嫌いなもの () <input type="radio"/> アレルギー等があれば具体的に記入してください。 [] <input type="radio"/> 食事やマナーに関して注意してほしいことは? []		
	睡眠について	<input type="radio"/> お昼寝は希望されますか？ (はい・いいえ) <input type="radio"/> () 分くらい <input type="radio"/> (希望される方のみ) 好きな寝方や眠くなった時の癖はありますか? <input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> ある ()	
排泄について		<input type="radio"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> トレーニング中 (「 」と知らせる () 時間毎に誘う) <input type="checkbox"/> ひとりでできる <input type="radio"/> ひとりでできる方 排便時、自分で拭けますか？ (<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 確認が必要 <input type="checkbox"/> 補助が必要)	
	健康状態について	<input type="radio"/> 平熱は (度 分) <input type="radio"/> 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="radio"/> 現在の状態 () <input type="radio"/> 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。 []	
あそびについて		<input type="radio"/> 好きなあそびは何ですか? () <input type="radio"/> 普段どのようなあそびをされていますか? ()	
	その他	<input type="radio"/> ご家庭での約束事やしつけ等に関するお考えがあればご記入ください。 [] <input type="radio"/> 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。 []	