

ショートステイ乳幼児状況書

*お子さまについてお聞きます(当日までに記入しお持ちください)

刀がナ 氏名	男 ・ 女	
	生年月日	年 月 日 ヶ月

①本日の様子

起床時間 時頃 昼寝 時～ 時

最終食事 時頃 最終母乳またはミルク 何時ごろ

食事形態

前期①・②・③、中期、後期、完了、幼児 ・ ミルク ml× 回 ・ 母乳 回/日

最終排便 月 日 時頃

②1日の過ごし方をご記入ください(食事・睡眠・入浴・保育園・遊びなどだいたい時間)

0時 3時 6時 9時 12時 15時 18時 21時 24時

③出生時の様子(初回のみご記入ください)

出生週数: 週 日 出生体重 g

④既往歴について

・今までに熱性けいれんをおこされたことはありますか はい いいえ

・「はい」の方はけいれんがおきた直近の日付をご記入ください

年 月 日

・現在何か治療をされていて薬を内服していますか はい いいえ

(内服薬名:)

※内服薬・けいれん予防薬(ダイアップ)がある場合は事前に区にお知らせください。

⑤そのほか、何かこちらに伝えたいことがあればご記入ください