第２号様式（第４条関係）

（表）

連絡票

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 乳幼児の氏　　名 |  |  |  | 保護者氏　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | 性別 | 男・女 |  |
| 今まで大きな病気や手術をしたことがありますか。（ある・ない）　ある場合は　（年齢　　）（病名　　　　　　　　　）（備考　　　　　）　（年齢　　）（病名　　　　　　　　　）（備考　　　　　）　（年齢　　）（病名　　　　　　　　　）（備考　　　　　） | かかりつけの病院病院名主治医名電話番号　　（　　） |
| 　ひきつけを起こしたことがありますか。（　ある・　ない　）　ある場合　そのとき熱がありましたか。（　ある・　ない　） | 　アレルギーはありますか。　（　ある・　ない　）　ある場合はアレルギー名 |
| 　現在治療中の病気はありますか。（　ある・　ない　）　　ある場合は病名　　　　　　　　　　　　　　　　病院・主治医 |
| 　予防接種はお済みですか。（済んだ項目に○を付けてください。）　　ＢＣＧ　　　　　　　　ポリオ（　１　・　２　）　　　　風疹　　　　麻疹　　ＤＰＴ（初回　１　・　２　・　３）（追加　１）　　　ＭＲ（１期　１　・　２）（２期　１） |
| 生活の様子 | 　生活のリズムについてお書きください。　△　食事　▲　おやつ　　　　　睡眠や外遊び　　時間 |
|  | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ | ８ | ９ | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 食　事 | 　母乳　　　回／日　ミルク　　　cc／回 | （　　）食べさせてもらう。（　　）スプーン・箸を使って自分で食べる。 |
| 　離乳食　　　　　回　　　形状（　　　　　　　　　　　） |
| 好きなもの（　　　　　　　　　　　　　　　）嫌いなもの（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 普通食　　　　回 | 量（多・普通・少） |
| 排泄 | オムツ・おまる・トイレ・寝る時だけオムツ | その他 |
| 排便 | 毎日排便する　・　　日に１回 |
| 排泄のときは　　知らせる　・　（　　　　）の時声をかける　・　自分でできる |
| 睡眠 | 寝付きの様子（　よい　・　悪い　） | 一人で寝る・添い寝などで寝る・（　　　）を持って寝る。その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 寝起きの様子（　よい　・　悪い　） |
| その他 | 運動発達 | 首すわり　寝返り　お座り　はいはい　つかまり立ち　一人立ち　つかまり歩き　独歩 |
| 言　葉 | まだ言葉が出ない　・　言っている事はわかる　・　片言を言う　・　話ができる |
| 着替え |  |  |  |  |
| 遊　び |  |  |  |  |
| 性　格 |  |  |  |  |
| くせなど |  |  |  |  |

（裏）

|  |  |
| --- | --- |
| 普段お子さんを何と呼んでいますか。 |  |
| お預かりするときは何と呼べば良いですか。 |  |
| そのほか伝えておきたいことなどがありましたら御記入ください。 |