

○排泄について

・おむつを使用していますか。 【 紙おむつ・布おむつ・トレーニング中 】	はい・いいえ
・トイレで排泄できますか。 【 おしっこ・大便 】	はい・いいえ

○睡眠について

・どの位寝ますか。 【 夜 ()時 ~ ()時 】 【 昼 ()時 ~ ()時 】	/
・寝るときは。 1.一人で寝る 2.添い寝で寝る 3.何かを持って寝る 4.指しゃぶりをする 5.その他()	

○アレルギーについて

・アレルギーはありますか。 1.アトピー 2.喘息 3.鼻炎 4.花粉症 5.食物 6.その他()	はい・いいえ
・検査をしましたか。 検査日 平成・令和 年 月 日 : 病院名 原因()	はい・いいえ
・現在も通院していますか。	/
・食事・薬等の制限はありますか。 品名()	

○その他

・集団生活は初めてですか。 【 歳 か月から 施設名:認可・認可外 】	はい・いいえ
・主として養育している人は誰ですか。 【 母・父・祖母・祖父・その他 】	/
・その他、気になることはありますか。	