

生活メモ

(0・1・2 歳児)

ふりがな			呼 び 名	性 別	平 熱
氏 名				男 ・ 女	. °C
食 事	離 乳 食	☐ 初期 ☐ 中期 ☐ 後期 ☐ 完了			
	ミルクの量	・量 _____cc ・時間 _____時間毎			
	・ミルクを大量に吐くことはあるか〔 有 ・ 無 〕 ・飲んだ後は吐きやすいか〔 有 ・ 無 〕				
	・嗜好品で避けているもの ☐ 有 (_____ ※ジュース等)				
	食 べ 方	子どもの姿勢 ☐ 抱いて ☐ ベビーラック ☐ 椅子に座らせて ☐ ソファ ☐ その他			
昼 寝	時 間	☐ 午 前 (: ~ :) ☐ 午 後 (: ~ :) ☐ 不 規 則			
	寝かせ方	☐ ひとりで ☐ 添い寝 ☐ おんぶ ☐ 抱っこ			
	寝 っ き	☐ 良 い ☐ 悪 い	寝 起 き	☐ 良 い ☐ 悪 い	
	状 態	姿 勢	☐ うつ伏せ ☐ 仰向け ☐ 横向き		
睡眠の具合		☐ 浅 い ☐ 深 い			
習 慣 (指しゃぶり等)		☐ 有 (_____)			
排泄	便の回数	1 日 _____回	便 の 状 態	☐ 硬い ☐ 普通 ☐ ゆるい ☐ 便秘	
運 動 (0,1 歳児)		☐ 寝返り ☐ 座る ☐ はいはい ☐ つかまり立ち ☐ 歩く			
病 歴	・ ☐ ひきつけ _____回 / 初回発作 _____才 _____か月 / 最近 _____才 _____か月 ↳ 発熱〔 有 ・ 無 〕 ダイアアップ { 処方〔 有 ・ 無 〕 使用歴〔 有 ・ 無 〕 }				
	・ ☐ ぜんそく _____回 / 初回発作 _____才 _____か月 / 最近 _____才 _____か月				
	・ ☐ 入院 (_____才 _____か月 _____日間) ↳ 病気名・症状 (_____)				
	・ ☐ 手術 (_____才 _____か月 _____日間) ↳ 具体的な内容 (_____) 主 治 医 (_____ 病院 _____ 医師)				
	・ ☐ 脱 き ゆ う _____回 / 初回 _____年 _____月 / 最近 _____年 _____月				
	・ ☐ 頭を打った _____回 / 初回 _____年 _____月 / 最近 _____年 _____月				
	・ ☐ その他 (_____)				
	診 断 さ れ た 食 物 ア レ ル ギ ー			診 断 さ れ た そ の 他 の ア レ ル ギ ー	
備 考					