生　　活　　メ　　モ

( ０・１・２ 歳児 )

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | | | | 年 　　 月 　 　日生 | |
| 名　前 | |  | | | | | | 才　　　　ヶ 月 | |
| 食　　　　　　事 | 飲　　み　　方  （ ミルク ・ 母乳 ） | | ・どのようにミルクを飲ませていますか  　　□ 抱いて飲む　　□ 寝かせて飲む　　□ 一人で持って飲む  ・主に誰が飲ませますか（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  ・ゲップのさせ方（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  ・ミルクを大量に吐くことはありますか　□ 有　 □ 無  ・その他気になる事等記入 | | | | | | |
| 食　　べ　　方 | | ・離乳食の状況  　□ 初期　　□ 中期　　□ 後期　　□ 完成  ・子どもの姿勢  　□ 抱いて　　□ ベビーラック　　□ イスに座らせて  　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・子どもの食べ方  　□ 気になる　　□ 気にならない  　└→どのようなことが気になりますか  　　□ 噛まずに飲みこむ　 □ 食べるのが速い 　□ 食べるのが遅い  　　□ 音を立てて食べる　 □ 遊びながら食べる  　 □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 昼　　　寝 | 時間 | | | □ AM　　　時頃　　□ＰＭ　　　時頃　　□ 不 規 則 | | | | | |
| 場所 | | | □ ベッド　　□ ふとん　　□ その他（　　　　　 　　　　） | | | | | |
| 寝かせ方 | | | □ ひとりで　□ 添い寝　　□ おんぶ　　□ 抱っこ | | | | | |
| 寝つき | | | □ 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 | | | |
| くせ | | □ 無　　□ 有（　　　　　　　　　　　　 ） | | | |
| 排　　　泄 | オムツ | | | □ 紙オムツ　　□ 布オムツ　　□ していない | | | | | |
| 排泄の様子 | | | □ 全く知らせない　　　　□ 排泄してから知らせる  　□ おしっこのみ知らせる　□ うんちのみ知らせる  　□ 自立している　　　　　□ その他（　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 便の回数 | | | 1日　　 回 | 便の状態 | | □ 硬い □ 普通 □ ゆるい □ 便秘 | | |
| その他 | | | 気がかりな事（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病　　　歴 | 病　歴 | □ ひきつけ　　回 / 初回発作　　年　　月 / 最近の発作　　年　　月  □ ぜんそく　　回 / 初回発作　　年　　月 / 最近の発作　　年　　月  □ その他 |
| 入　院　歴 | ・入院をしたことがありますか  　□ 無  □ 有 （ 　　年　　月　　日 ～ 　　年　　月　　日　　　日間 ）  　└→病気名・症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・手術をしたことがありますか  　□ 無  　□ 有 （ 　　年　　月　　日 ～ 　　年　　月　　日　　　日間 ）  　└→具体的な内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　主　 治 　医（　　　　　　　　病院　　　　　　　　　医師）  　経過中の場合は日常生活で気を付けなければならない事等を記入 |
| 傷　病　歴 | ・現在までに起こったケガの期間と経過  　□ 脱きゅう 　　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 |
| そ　　の　　他 | ・現在困っている事、気になる事、知らせておきたい事や希望する事等を記入 | |