

ショートステイ乳幼児状況書

年 月 日

	ふりがな		性別	生年月日	年齢
乳 幼 児 の 情 報	氏名		男・女		歳 ヶ月
	健康状態 注意事項	1.母乳・ミルク ml 回 (夜間 ml 回) 2.離乳食 前期・中期・後期・完了食・幼児食 1日 回 3.食物アレルギー (無 有) 卵/乳製品/小麦/大豆/米/その他 () 4.既往歴(無 有) 病名: 服薬:(無 有) 5.睡眠 就寝 時頃 起床 時頃 午睡 時頃～ 時頃 6.運動発達 寝返り・お座り・はいはい・つかまり立ち・つたえ歩き 歩行 その他(伝えたいこと)			
緊急連絡先		氏名	続柄	連絡先	

- ・お子さんが安心する私物がある方は、ご持参ください。(歩行しているお子さんは、履き慣れている靴をご持参ください)
- ・肌ケアが必要な方は、普段使用している物をお持ちください。
- ・発熱、咳・鼻汁・下痢・嘔吐・眼脂等症状がある場合のご利用に関しては、「ショートステイご利用にあたって」をご参照下さい。
- ・緊急連絡先は、必ずお迎えに来られる方のお名前を記載して下さい。