

お子さんの生活状況シート

年 月 日 (担当:)

児童名	(歳 ヶ月)
保護者名	
食事	離乳食 無・有 (初期・中期・後期・完了) ミルク 無・有 (間隔 時間・1回 ml) 普通食 (好きな物:) (嫌いな物:) アレルギー 無・有 () 食事形態 (完全介助・少しだけ介助が必要・完全に自立)
排泄	おむつ 無・有 (紙おむつ・布おむつ) トイレ (自立・トイレトレーニング中) (特記事項:)
睡眠	通常・・・午前寝 (: ~ :) 午睡 (: ~ :) 夜 (: ~ :) 寝かしつけはどのようにしていますか? ()
着脱	全部介助されて着脱・少しだけ介助が必要 ほぼ自立 (介助が必要な箇所:)
遊び	好きな遊び () 興味のある物 ()
その他	