

()歳の記録

記入日: 年 月 日 記入者: _____

身長	cm	体重	Kg	
健康状態				
生活習慣	食事の様子 <input type="checkbox"/> 一人で食べる <input type="checkbox"/> 手伝いが必要 ・食べ方 <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン・フォークを使う <input type="checkbox"/> 箸をつかう ・偏食 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	排泄の様子 ・意思表示 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・排尿 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トイレ トイレで <input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 手伝いが必要 ・夜尿 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	睡眠 起床時間: _____ 就寝時間: _____ 寝るときの様子 <input type="checkbox"/> よく寝る <input type="checkbox"/> 寝つきがわるい <input type="checkbox"/> 夜泣きがある <input type="checkbox"/> 夜中に目覚める 寝起き <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> ふつつ <input type="checkbox"/> わるい			
セルフケア	着替えの様子 洋服 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる 靴 <input type="checkbox"/> はける <input type="checkbox"/> 手伝えばはける	身じたく 手洗い <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる 歯磨き <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる 洗顔 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる 入浴 <input type="checkbox"/> すき <input type="checkbox"/> ふつつ <input type="checkbox"/> 苦手		
	移動・外出時の様子 <input type="checkbox"/> 乗り物(ベビーカー・車など)を利用 <input type="checkbox"/> 手をつないで歩く <input type="checkbox"/> 一人で歩く	好きな遊び		
性格(長所・短所・こだわりなど)				
所属先での様子				

コミュニケーション	言葉・意思表示
	大人との関係
	友達との関係
興味・関心	好きなこと・できるようになったこと 苦手なこと
メモ	