

## 託児確認書

### 【お預かりするお子様について】

お名前 (漢字)		
ふりがな		
お家での呼び方		
年齢 (月齢)	歳	ヶ月

※以下のお子様該当する質問について、当てはまるものに○、もしくは記入にてご回答ください。

### 1. 食べ物について

- ・食欲はある方ですか？ ( はい ・ いいえ ・ どちらともいえない )
- ・一人で食べることができますか？ ( はい ・ いいえ ・ どちらともいえない )
- ・水分はしっかりとれますか？ ( はい ・ いいえ ・ どちらともいえない )
- ・食べ物・その他のアレルギーはありますか？ ( はい ・ いいえ )
- はい、と答えた方： \_\_\_\_\_
- ・好き、嫌いな食べ物を教えてください  
(好きな食べ物： \_\_\_\_\_)  
(嫌いな食べ物： \_\_\_\_\_)
- ・好き、嫌いな飲み物を教えてください  
(好きな飲み物： \_\_\_\_\_)  
(嫌いな飲み物： \_\_\_\_\_)

### ◆離乳中のお子様について

- ・離乳食の段階 ( 前期 ・ 中期 ・ 後期 )
- ・何回食ですか ( 1回 ・ 2回 ・ 3回 )
- ・食べさせてよいもの  
( 卵・小麦粉製品・牛乳・ヨーグルト・白身魚・赤身魚・青魚・鶏肉・豚肉・牛肉 )

### 2. 睡眠について

- ・一日の睡眠時間 (日中： \_\_\_\_\_ 時間 夜間： \_\_\_\_\_ 時間 )
- ・寝かしつけの方法は？ ( 授乳 ・ 抱っこ ・ 添い寝 ・ 一人で寝る )
- ・寝つきはいいほうか？ ( はい ・ いいえ ・ どちらともいえない )
- ・熟睡するか？ ( はい ・ いいえ ・ どちらともいえない )

- ・布団で寝る時の向きは？（ あお向け ・ うつ伏せ ・ 横向き ）
- ・一回のお昼寝で寝かせていい時間はどれくらい？（ 時間まで ・ 特になし ）

### 3. 排泄について

- ・いつも着用しているものは？  
（ 紙おむつテープタイプ ・ 紙おむつパンツタイプ ・ トレーニングパンツ ・ 布パンツ ）
- ・排泄（おしっこ）は自立している？（ はい ・ いいえ ・ その他 ）
- ・排便（ウンチ）は自立している？（ はい ・ いいえ ・ その他 ）
- ・一日の排便回数は？また多い時間帯は？（約 回）  
（ 午前中 ・ 午後 ・ 夕方 ・ 夜 ・ その他 ）

### 4. 遊びについて

#### ◆乳児のお子様について

- ・首はすわっていますか？（ はい ・ いいえ ・ どちらともいえない ）
- ・寝返りはしますか？  
（ はい ・ いいえ ・ どちらか一方だけ《 右側 ・ 左側 》 ・ どちらともいえない ）
- ・おすわりは出来ますか？（ はい ・ いいえ ・ 支えていれば ・ その他 ）
- ・ハイハイはしますか？（ はい ・ いいえ ・ ずりばい ・ どちらともいえない ）
- ・つかまり立ちはしますか？（ はい ・ いいえ ・ どちらともいえない ）
- ・伝い歩きはしますか？（はい・いゝえ・どちらともいゝない）
- ・一人で立ったり座ったりできますか？  
（ 立つことができる ・ 座ることができる ・ いいえ ・ どちらともいえない ）
- ・一人で歩くことができますか？（ はい ・ いいえ ・ どちらともいえない ）
- ・走ることができますか？（ はい ・ いいえ ・ どちらともいえない ）
- ・人見知りはしますか？（ はい ・ いいえ ・ どちらともいえない ）
- ・お子様の性格を教えてください。

#### ◆幼児のお子様について

- ・好きな室内遊びはどんな遊びですか？（ ）
- ・好きなキャラクターはありますか？（ ）
- ・戸外遊びは多い方ですか？（ はい ・ いいえ ・ どちらともいえない ）
- ・好きな戸外遊びは何ですか？（ ）
- ・ブランコは一人で遊べますか？（ はい ・ いいえ ・ どちらともいえない ）

- ・滑り台は一人で遊べますか？（ はい ・ いいえ ・ どちらともいえない ）
- ・ジャングルジムは一人で頂上まで登ることができますか？  
（ はい ・ いいえ ・ どちらともいえない ）
- ・友だちや兄弟姉妹と遊ぶ機会がありますか？（ はい ・ いいえ ・ どちらともいえない ）
- ・保育園か幼稚園に通われています（いました）か？（ はい ・ いいえ ・ どちらともいえない ）
- ・人見知りはしますか？（ はい ・ いいえ ・ どちらともいえない ）
- ・お子様の性格を教えてください。

## 5. その他

- ・持病やアレルギーはありますか？（ はい ・ いいえ ）  
→ はい、と答えた方： \_\_\_\_\_
- ・かかりやすい病気はありますか？（ はい ・ いいえ ）  
→ はい、と答えた方： \_\_\_\_\_
- ・現在、医者にかかって薬を処方されていますか？（ はい ・ いいえ ）  
→ はい、と答えた方どんな薬？： \_\_\_\_\_
- ・今までに大きな病気やケガなどをされたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）  
→ はい、と答えた方： \_\_\_\_\_

## 6. その他伝えておきたいことがあれば、以下にご記入ください。