児童票

お子様の名前	生年月日　　年　　月　　日
住所	
保護者様氏名 携帯番号	家庭状況・産後のサポート状況
第二連絡先氏名（続柄） 電話番号	
出生時の状況 出生体重　　g　在胎週数　　週　　日 出生場所　（　　） 退院時体重　（　／　）　g （　／　）　g 1ヶ月健診時体重（　／　）　g 既往症他特記事項	健康状態 母乳　　回／日 ミルク　　ml×　　回／日 排泄状況　尿　　回／日 便　　回／日 ○最終授乳時間　　時　　分

保育時の記録

日時	特記事項	金額	担当

鎌倉の産後ケアを考える会