

一時保育児童調査票

(0歳児及び1歳児用)

児童名	男・女		生年月日	年 月 日生		
今までにかかった病気	調査年月日	年 月 日		調査時の年齢	歳 月	
	麻疹	歳	・便秘しやすいですか。(いいえ・はい 日 回)			
	水痘	歳	・風邪をひきやすいですか。(いいえ・はい)			
	流行性耳下腺炎	歳	・耳の病気がありますか。(いいえ・はい )			
	川崎病	歳	・眼の病気がありますか。(いいえ・はい )			
	心臓病	歳	・肘や肩がはずれたことがありますか。(いいえ・はい)			
	ヘルニア	歳	・けいれんやひきつけを起こしたことがありますか。(いいえ・はい)			
		歳	・アレルギーと言われたことがありますか。(いいえ・はい)			
		歳	・食物アレルギーの診断を受けていますか。(いいえ・はい)原食品( )			
		歳	・最近、病院にかかりましたか。			
	治療中の病気 (慢性疾患・発作等)	_____ _____ ・いつも継続して飲んでいる薬がありますか。 病名 _____ ・心身発達面等でお気づきのことがあればご記入ください。 _____ _____ _____				

かかりつけの内科		TEL		血液型	型
その他医院・病院		TEL		平熱	℃
保険証発行機関	記号	番号	組合員名		
	保険者番号		名称		

哺乳の種類	母乳・混合・ミルク				
ミルク商品名	食事の状況(例-10倍かゆ…茶碗1/3杯、マッシュポテト…1さじ)				
回数	1日	回			
1回量	ml				
乳首	S・M・L	食事の量	少なめ・普通・多め		
	クロスカット	好きな食べ物			
	その他( )	嫌いな食べ物			
睡眠	昼寝	午前( 時より 時間くらい) 午後( 時より 時間くらい)			
	寝ぐせ	なし・あり( ) 添い寝・一人で寝る・寝付きが悪い・うつぶせ・その他( )			
排泄	おむつ	1日中・昼寝の時だけ・夜寝る時だけ・その他( )			
	小便	させてもらう(トイレ・オマル) 手伝ってもらう(トイレ・オマル) 一人でする(トイレ・オマル)			
	大便	させてもらう(トイレ・オマル) 手伝ってもらう(トイレ・オマル) 一人でする(トイレ・オマル)			