**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、ﾏｯｼｭﾎﾟﾃﾄ…１さじ） | | |
| 回数 | | １日　　　　回 |
| １回量 | | ｍｌ |
| 乳首 | | Ｓ　・　Ｍ　・　Ｌ  クロスカット  その他（　　　　　） | | 食事の量 | 少なめ・普通・多め |
| 好きな食べ物 |  |
| 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) | | | |