**一時保育児童調査票 　　　　　　　　　　（２歳児以上用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日　常　生　活　面 | ・お昼寝はしますか。（はい・いいえ） | | ・食事は一人でできますか。（はい・いいえ） | |
| ・人見知りはしますか。（はい・いいえ） | | ・食事量は（少なめ・普通・多め） | |
| ・おしっこは一人でできますか。（はい・いいえ） | | ・好きな食べ物（　　　　　　　　　　） | |
| ・うんちは一人でできますか。（はい・いいえ） | | ・嫌いな食べ物（　　　　　　　　　　） | |
| ・いつも使っているおもちゃは | | |  |
|  |  | |  |
| ・実施施設で注意等してほしいこと。 | | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |