**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。 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |