

一時預かり利用児童調査票

*全ての欄に記入または該当する□に✓をしてください

児童の名前	ふりがな			性別	□男・□女	
生年月日	平成・令和	年	月	日	平熱	℃
緊急連絡先	連絡順	氏名		続柄	緊急連絡先(電話番号)	
	1					
	2					
	3					
保護者のメールアドレス	*予約をする際に登録するメールアドレスを記入してください					
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒原因食品・物質名(例:小麦・猫の毛) () ⇒症状() <input type="checkbox"/> 検査で陽性反応有 アナフィラキシーショックの経験 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回数(約 回 初回: 歳 か月)					
その他健康	・現在、通院・経過観察中の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(具体的に:) ・大きな病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病名:) 治療状況 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他() 日常生活 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 配慮が必要 <input type="checkbox"/> 支援が必要 運動制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・常用している薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(1日 回) ・既往歴など留意してほしいこと <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(具体的に)					
成長の様子	<input type="checkbox"/> 首がすわっている <input type="checkbox"/> 寝返りをする <input type="checkbox"/> つかまり立ちをする <input type="checkbox"/> ハイハイをする <input type="checkbox"/> 歩く <input type="checkbox"/> 単語を話す <input type="checkbox"/> 2語文を話す *該当項目全てに✓してください					
好きなあそび	誰とどんなあそび:					
託児経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(□1回利用 □2~5回利用 □6回以上 □定期的に利用)					

裏面に続く

