

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

生活リズム	日常的な生活の時間を記入してください	
	5:00 12:00 20:00 (例) 5:00 6:00 8:00 睡眠 12:00 睡眠 15:00 18:00 20:00 起床 母乳 離乳食 母乳 離乳食 就寝	
授乳 (該当する場合のみ)	種類	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク
	回数・量	回/1日、cc/1日
	その他留意点	<input type="checkbox"/> 哺乳瓶では飲まない <input type="checkbox"/> 授乳間隔が不規則 <input type="checkbox"/> 飲みが進みにくい
食事 (該当する場合のみ)	段階	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 離乳食 (回数: 回/1日、段階: <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了)
	食べ方	<input type="checkbox"/> 要援助 <input type="checkbox"/> 自分で食べれるが一部援助 <input type="checkbox"/> 最後まで自分で食べれる <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> はし
	その他留意点	<input type="checkbox"/> 小食 <input type="checkbox"/> 食ベムラがある <input type="checkbox"/> 食べるのが遅め <input type="checkbox"/> その他 ()
排泄	おむつ/パンツ	<input type="checkbox"/> おむつ常時着用 <input type="checkbox"/> おむつ午睡・就寝時のみ着用 <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ <input type="checkbox"/> パンツ常時着用
	トイレ	<input type="checkbox"/> トイレでできない <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人でできる
午睡	午睡の有無	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> する (回数: 回/1日、時間 : ~ :)
	寝つきなど	<input type="checkbox"/> すぐに眠る <input type="checkbox"/> 眠るまでに時間がかかる <input type="checkbox"/> 眠りが浅く途中で起きてしまう <input type="checkbox"/> 眠ることを嫌がる
	ご家庭での午睡時の誘導	<input type="checkbox"/> 横抱き <input type="checkbox"/> 縦抱き <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> その他 ()
体質 (該当する場合のみ)	<input type="checkbox"/> ゼイゼイいう <input type="checkbox"/> 咳が出やすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> じんましんが出やすい <input type="checkbox"/> 肌が弱い <input type="checkbox"/> 肘が抜けやすい (右・左)	
対人	<input type="checkbox"/> 人見知りをしない <input type="checkbox"/> 人見知りをする <input type="checkbox"/> お友達と一緒にあそぶのが好き <input type="checkbox"/> 大人数に慣れていない <input type="checkbox"/> 手が出ることがある <input type="checkbox"/> 噛むことがある <input type="checkbox"/> その他 ()	
散歩	<input type="checkbox"/> 散歩・外あそびが好き <input type="checkbox"/> 外あそびに慣れていない <input type="checkbox"/> 手をつなぐことを嫌がる	
その他	保育を利用するにあたって心配なこと・配慮してほしいこと・伝えておきたいこと	