

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	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)					
生活リズム	日常的な生活の時間を記入してください <p>(例)</p> <p>5:00 6:00 8:00 睡眠 12:00 睡眠 15:00 18:00 20:00</p> <p>起床 母乳 離乳食 母乳 離乳食 就寝</p>					

裏面に続く

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	<input type="checkbox"/> 回/1日、 <input type="checkbox"/> cc/1日 <input type="checkbox"/> 授乳回数は不規則
	水分補給方法	<input type="checkbox"/> マグで飲む <input type="checkbox"/> コップで飲む <input type="checkbox"/> 哺乳瓶では飲まない <input type="checkbox"/> 母乳のみ
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: <input type="checkbox"/> 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"/> 食べムラがある <input type="checkbox"/> 食べるのが遅め <input type="checkbox"/> 食べる時間が不規則 <input type="checkbox"/> その他 ()
排泄	おむつ/パンツ	<input type="checkbox"/> おむつを常時着用 <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"/> パンツを常時着用
午睡	午睡の有無	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> 毎日する (回数: <input type="checkbox"/> 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"/> 布団に横になって眠る
体質 (該当する場合のみ)	<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"/> 風邪をひきやすい <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"/> 手をつないで歩ける (散歩など) <input type="checkbox"/> その他 ()	
好きなあそび		
託児経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 1回利用 <input type="checkbox"/> 2~5回利用 <input type="checkbox"/> 6回以上 <input type="checkbox"/> 定期的に利用)	
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	