

佐倉市子育て短期支援事業 事前調査票(未就学)

記入日	年 月 日			
フリガナ	申請者住所			
利用児童氏名	男・女			
利用日時点の年齢	年 月 日 生まれ ()歳	申請者電話番号	※勤め先の場合 勤め先名:() 勤め先電話番号:()	
利用理由				
申請者以外の緊急連絡先(迎え等の対応ができる方)	①氏名: 続柄: 電話番号: 勤め先の場合 電話番号:			
	②氏名: 続柄: 電話番号: 勤め先の場合 電話番号:			
利用児童の状況について	① 現在の健康状態(流行性疾患等の疑いも含む)			
	良好 /			
	② 1週間以内の健康状態			
	良好 / 疾病() 発熱(°C) / その他の症状()			
	③ 児童周辺での感染症・疾病の状態(家族・保育所など関わりを持った人たちを含む)			
	無 ・ 有 (誰が: 症状:)			
	④ これまでの健診結果について			
	1歳6か月健診	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けた	<input type="checkbox"/> 医師からの助言内容()
	3歳児健診	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けた	<input type="checkbox"/> 医師からの助言内容()
	⑤ 今までにかかった主な病気			
(1)麻疹	無・有(年 月)	(2)風疹	無・有(年 月) その他病歴・事故歴等	
(3)水疱瘡	無・有(年 月)	(4)おたふくかぜ	無・有(年 月)	
(5)心臓病	無・有(年 月)	(6)腎臓病	無・有(年 月)	
⑥ かかりやすい病気等について				
平熱()°C				
(1)熱性けいれんをおこしたことはありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 回数() 最終発症日()				
→(1)を「ある」と回答した場合				
けいれんを予防するための座薬処方がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬品名()				
(2)脱臼や肘内障をおこしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 部位() 回数()				
(3)その他現在出やすい症状はありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (具体的症状:)				
⑦ 投薬の有無	【 無 ・ 有 (薬名:)】 *有の場合は医師の投薬指示書を必ずご持参ください。			

