

佐倉市子育て短期支援事業 事前調査票(就学後)

記入日	年 月 日		
フリガナ		申請者住所	
利用児童氏名	男・女	申請者 電話番号	
利用日時点の年齢	年 月 日生まれ ()歳		※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:	
	①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 病気について		
	平熱 ()°C (1)かかったことのある病気や現在治療している病気について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> ある →(1)であるを回答した場合 疾患名()何歳児頃罹患()歳 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 医師からの助言内容()		
	(2)現在出やすい症状はありますか(例:けいれん・発熱・脱臼等) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (具体的症状:)		
	⑤ 投薬の有無	【 無 ・ 有 (薬品名:)】 *有の場合は医師の投薬指示書を必ずご持参ください。	

利用児童の状況について	⑥ 食事について		
	(1) 食物アレルギーはありますか。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
	原因食品		
	症状		
	→(1)で「ある」と回答した場合		
エピペンの処方がありますか。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	
緊急時服用の処方がありますか。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	
(2) 宗教による食事の制限はありますか。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	
対象食品 ()			
⑦ お子さんの発達面等、施設に伝えておきたいことがあればご記入ください			
<input type="checkbox"/> なし			
<input type="checkbox"/> あり(例:パニックとなることがある・他の人をかんだり、たたいたりすることがある等)			
⑧ 身体障害者手帳や療育手帳の有無			
(1) 身体障害者手帳や療育手帳の有無	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	
→(1)で「ある」と回答した場合	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳	
(2) 療育相談機関等の利用	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> していた	
→(2)で「ある」と回答した場合	施設名や内容 ()		
⑨ 日常生活について			
(1) 睡眠について			
<input type="checkbox"/> 添い寝が必要	<input type="checkbox"/> ひとりで眠れる		
(2) 日常生活の中(食事・着替え・排泄・手洗い・風呂等)で、施設の手助けが必要な場合はありますか。			
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい		
→(2)ではいを回答した場合、どのような場合に手助けが必要ですか。			
()			
備考	⑩ その他、施設に伝えておきたいことがあればご記入ください		
来所時・退所時の当日の食事	来所時: 【 要 ・ 不要 】	朝食 ・ 昼食 ・ おやつ ・ 夕食	
	退所時: 【 要 ・ 不要 】	朝食 ・ 昼食 ・ おやつ ・ 夕食	
送迎	①送迎方法: ()		
	②送り日時: 月 日 時間	:(送り担当者:)	
	③迎え日時: 月 日 時間	:(送り担当者:)	