

子育て短期支援事業 事前調査票

記入日	年 月 日	担当者			
フリガナ		性別	男・女	年齢	年 月 日生(歳 ヲ月)
利用児童氏名					
現住所				電話	
利用理由					
緊急連絡先	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	1-1 現在の健康状態(流行性疾患等の疑いも含む)				
	良好 / 症状あり()				
	1-2 1週間以内の健康状態				
	良好 / 症状あり 時期() 疾病() 発熱(°C) その他の症状()				
	1-3 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:)				
	2過去の既往歴				
	(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)	
アレルギーの有無	3アレルギーの有無 無・有 (アレルゲン:)				
	症状: 対処方法:				
4食事内容					
○母乳 / ミルク 1日 回(1回 ml)					
○離乳食:(前期・中期・後期・完了・一般食) 離乳食:固さ()回数(回)					
○水分摂取 ①何を飲ませていますか(水・麦茶・) ②どのように飲んでいきますか(ストロー・コップ・哺乳瓶)					
○離乳食・幼児食の方は次の食材について丸で囲んでください					
・鶏卵…食べられる・アレルギー・食べさせた事が無い・嫌がって食べない・その他()					
・牛乳…食べられる・アレルギー・食べさせた事が無い・嫌がって食べない・その他()					
・小麦…食べられる・アレルギー・食べさせた事が無い・嫌がって食べない・その他()					
・エビ…食べられる・アレルギー・食べさせた事が無い・嫌がって食べない・その他()					
・カニ…食べられる・アレルギー・食べさせた事が無い・嫌がって食べない・その他()					
・落花生…食べられる・アレルギー・食べさせた事が無い・嫌がって食べない・その他()					
・その他…()					
5オムツ使用の有無		有・無			
排便状況		排便: 1日 回			
6集団・お泊りの経験		集団保育の経験 無・有() お泊りの経験 無・有()			
送迎	受け入れ日時等	月 日	時間: 時 分	(送迎者:)	
	受入日の・昼食・おやつ・夕食 から開始				
送迎	引き渡し日時等	月 日	時間: 時 分	(送迎者:)	
	引き渡し日の・昼食・おやつ・夕食 まで				