

子育て短期支援事業 事前調査票(0-3歳用)

記入日	年 月 日	担当者				
フリガナ			性別	男・女	年齢	年月日生(歳ヵ月)
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(H 年 月)	(2) 風疹	無・有(H 年 月)	その他病歴・事故歴等	
	(3) 水疱瘡	無・有(H 年 月)	(4) おたふくかぜ	無・有(H 年 月)		
	(5) 心臓病	無・有(H 年 月)	(6) 腎臓病	無・有(H 年 月)		
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~ 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()						
・力ニ…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…()						
⑥オムツ使用の有無		有・無				
排便状況		排便: 1日 回				
⑦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	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		
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		