

印西市子育て短期支援事業 事前調査票（里親利用）

記入日	年 月 日	担当者	
フリガナ		性別	男 ・ 女
利用児童名		年齢	年 月 日生（ 歳 ヲ月）
現住所			
電話番号			
利用理由			
緊急連絡先	氏名：	続柄：	電話番号：
	勤め先の場合：		電話番号：
	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	①-1 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 10日間以内の健康状態		
	良好/症状あり 時期：（ ） 疾病（ ） 発熱（ ℃） その他症状（ ）		
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）
(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）
その他病歴・事故歴等			
アレルギーの有無	無 ・ 有（アレルギー： ） 症状： 対処方法：		

利用児童 の状況に ついて	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 (水・麦茶・その他) ②ストロー・コップ・哺乳瓶・その他 ()	
	○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 オムツの使用	有 ・ 無	
6 排便状況	排便：1日 回	
7 集団・お泊り経験	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：) 受け入れ日の 昼食 ・ おやつ ・ 夕食から開始
	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
かかりつけ医		

救急搬送時や医療機関への受診時に、関係機関から既往歴等の情報を求められた場合、この調査票に記載した内容を提供することに同意します。

年 月 日

保護者署名
