|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  児童氏名 | （普段の呼び名：　　　　　　　　） | | | | | 性別 | | 男 |
| 女 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　日 | | | 年齢 | 歳　　　　か月 | | | |
| 保護者氏名 |  | | | 電話番号 |  | | | |
| 住所 |  | | | 緊急連絡先1 |  | | | |
| 緊急連絡先2 |  | | | |
| 続柄 | 母　　父　　祖母　　祖父　　その他 | | | メール |  | | | |
| 体重 | 今現在 | （　　　　　　　ｇ） | | 熱について | 平熱 | | （　　　．　℃） | |
| 生まれたとき | （　　　　　　　ｇ） | | 預けたとき | | （　　　．　℃） | |
| お迎えに  ついて | お迎えにくる方について | 氏名 |  | | | | | |
| 続柄 |  | | | | | |
| 連絡先 |  | | | | | |
| お迎え時間 | （　　　　　時　　　　　　分頃予定） | | | | | | |

○質問（ここから下は保育園側が聞き取りながら記入します）

・これまで、一時預かりや保育園にこのお子さんを預けたことがありますか？　　　　はい・いいえ

・お子さんが、けいれんやひきつけを起こしたことはありますか？　　　　　　　　　はい・いいえ

・お子さんに、苦手な食べ物はありますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はい・いいえ

|  |
| --- |
| 「はい」の場合、その食べ物： |

・お子さんは、薬や食べ物にアレルギーがありますか？

（皮膚がかゆくなる、赤くなる、などの症状が見られた食べ物など）　　　　　　　はい・いいえ

|  |
| --- |
| 「はい」の場合、原因となる薬や食べ物等： |

・アレルギーがある場合、アナフィラキシーを起こしたことがありますか？　　　　　はい・いいえ

・病院でみてもらっている病気がありますか？

（お子さんが０歳なら「生まれてから」。1歳以上だったら「過去数か月」）　　　　はい・いいえ

|  |
| --- |
| 「はい」の場合、その病気の名前： |

・（1歳児のお子さんの場合）、風疹と麻疹（はしか）の予防接種はしましたか？　　　はい・いいえ

・昨夜はよく眠れていましたか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 はい・いいえ

・寝る時にクセがありますか？

　（タオルやおしゃぶりを口にして寝つく、うつぶせで寝るなど）　　　　　　　　 はい・いいえ

|  |
| --- |
| 「はい」の場合、具体的に： |

・どんなおもちゃ、どんな遊びが好きですか？

|  |
| --- |
|  |

・過去3日間ぐらいについて教えてください

熱が…　　　あった　・　なかった　・　わからない

食欲が…　　いつもよりなかった　・　普通だった　・　わからない

嘔吐が…　　あった　・　なかった

排便の異常（下痢、便秘など）が…　　　　あった　・　なかった　・　わからない

そのほか、体調は…　　いつもと同じ　・　いつもと違った…具体的に（　　　　　　）

きげんがいつもに比べて…　　良かった　・　変わらない　・　悪かった

薬（座薬や吸入薬も含む）を…　　使った　・　使っていない　・　わからない

|  |
| --- |
|  |

今（お預かり時）のきげん、状態