一時保育児童調査票

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | 性　　　別 | | 生年月日 | | | | | 血液型 |
| 児童氏名 |  | | | | | 男 ・ 女 | | 年　　月　　日  （　　歳　　か月） | | | | |  |
| ふりがな |  | | | | | 保　険　証 | | □国保　　□社保　　□共済 | | | | | |
| 保護者氏名 |  | | | | | 記号： | | 番号： | | | |
| 現　住　所 |  | | | | | かかりつけ  病　院　名 | |  | | | | | |
| 生　育　歴 | 首のすわり | | | か月 | | | はいはい | | | | か月 | | |
| 寝返り | | | か月 | | | 一人歩き | | | | 歳　　か月 | | |
| お座り | | | か月 | | | 発語 | | | | 歳　　か月 | | |
| 発達状況 | 着衣 | □着せてもらう　　□手伝ってもらう　　□一人で着る | | | | | | | | | | | |
| 排泄 | □おむつ　　□トイレトレーニング中　　□寝るときのみおむつ　　□自立 | | | | | | | | | | | |
| 体質・くせ | □風邪をひきやすい　　□熱が出やすい　　□嘔吐しやすい　　□下痢をしやすい  □鼻血が出やすい　　□皮膚がただれやすい　　□じんましん　　□ぜんそく  □ひきつけ（最後の発症　　年　　月）　　□熱性けいれん（最後の発症　　年　　月）  □脱臼しやすい（部分　　　　　　　）　　□アレルギー（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| □夜尿　　□小便が近い　　□便秘　　□指しゃぶり　　□爪をかむ　　□（　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 既　往　症 | はしか | | 風しん | | おたふくかぜ | | 水ぼうそう | |  | | |  | |
| 年 　月 | | 年 　月 | | 年 　月 | | 年 　月 | | 年 　月 | | | 年 　月 | |
| 予防接種 | Ｈｉｂ | | 肺炎球菌 | | ＢＣＧ | | ４種混合 | | 麻しん風しん | | | 水痘 | |
| 年 　月  年 　月  年 　月  年 　月 | | 年 　月  年 　月  年 　月  年 　月 | | 年 　月 | | 年 　月  年 　月  年 　月  年 　月 | | 年 　月  年 　月 | | | 年 　月  年 　月 | |
| B型肝炎 | | ロタ | |  | |  | |  | | |  | |
| 年 　月  年 　月  年 　月 | | 年 　月  年 　月  年 　月 | |  | |  | |  | | |  | |
| 離　乳　食 | 開始時期 | | か月 | | | | | | | | | | |
| 現在の様子 | | □すりつぶし　　　　□きざみ | | | | | | | | | | |
| 主な食べ物 | |  | | | | | | | | | | |
| 食　　　事 | 食事の量 | | □少ない　　　□普通　　　□多い　　　□むらがある | | | | | | | | | | |
| 食　べ　方 | | □自分で食べられる　　　□食べさせてもらう | | | | | | | | | | |
| □さじ　　　　□はし | | | | | | | | | | |
| 様　　　子 | | □動きまわる　　　　　　□落ち着いている | | | | | | | | | | |
| 好きなもの | |  | | | | 嫌いなもの | |  | | | | |
| 家庭での様子 | 家での呼び名 | |  | | | | 主な遊び相手 | |  | | | | |

（裏面も記載してください）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 同居の家族（世帯分離含む） | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 職業 | 勤務先・所属 |
|  | 父 |  |  |  |  |
|  | 母 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| その他 | | | | | | |