緊急・一時保育

一時預かり保育食事・健康状態記録票

確認日　　年　　月　　日
面談者

ふりがな	性別	生年月日	年齢
児童氏名	男・女	年　月　日	歳　か月

健康の状況

・のどがゼイゼイしやすい　（はい・いいえ）　・鼻血が出やすい　（はい・いいえ）
・肘や肩がはずれたことがある　（はい・いいえ）〔部位：　　〕
・目や耳に関して心配なことがある　（はい・いいえ）〔部位：　　〕
・ひきつけ・けいれんをおこしたことがある　（はい・いいえ）〔　　歳の時〕
・健診・受診で問題を指摘されたことがある　（はい・いいえ）
〔指摘されたこと：　　〕
・飲んでいるくすりがある　（はい・いいえ）
〔何の薬：　　〕〔薬品名：　　〕
・平熱　（　　℃）

既往歴

・今までにかかった大きな病気はありますか。または大きなケガをしたことがありますか。
（はい・いいえ）
（診断名）

・今までに入院したことがある病気やケガ、受けた手術などがありましたらご記入ください。
（診断名）　　（医療機関名）　　日間入院

予防接種

□ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ菌ｂ型（Hib）（1・2・3・追）　□小児肺炎球菌（1・2・3・追）　□B型肝炎（1・2・3）
□四種混合（1・2・3・追）　□BCG　□MR（1・2）　□水ぼうそう（1・2）□日本脳炎（1・2・追）
□おたふくかぜ　□ロタウイルス１価（1・2）　□ロタウイルス５価（1・2・3）
□インフルエンザ　□その他のワクチン〔　　〕

・アレルギーはありますか。（はい・いいえ）　・医師の診断を受けていますか。（はい・いいえ）
（症状：喘息・湿疹・じんましん・下痢・チアノーゼ・その他　　）
・食物アレルギーはありますか。（はい・いいえ）・家族の方の食物アレルギーはありますか（はい・いいえ）
（乳類・卵類・豆類・そば類・小麦・その他
・授乳　母乳　ミルク　混合　牛乳　　）
・食事の形状　幼児食　乳児食　離乳食：初期（5.6か月）中期（7.8か月）後期（9～11か月）完了期（12～18か月）
・メニュー確認チェック　＿＿＿＿＿＿
・お子さんの様子で気になる事や、症状等

○身体測定記入欄

身長	cm	特記事項・その他
体重	kg	
頭囲	cm	
胸囲	cm	