

一時預かり 家 庭 調 査 票《ぺんぎん》

そうほスマイル保育園

申請日 令和 年 月 日

お子さんの氏名(ふりがな) 男 女	生年月日 H・R 年 月 日 (西暦 年) 才 か月	保護者名 印
	現住所 千	(日中連絡の取れる電話) — —
		アレルギー(ぜんそく・食物) 無・有() ひきつけ(熱性けいれん・てんかん) 無・有

入園児童の家庭状況(本人以外)

病氣やけがの時の連絡先の順番	ふりがな 氏 名	年齢(才) (生年月日)	続柄	性別	携帯番号	勤務先又は通学先(学年) 勤務先の電話番号
		(才) ・ ・			()	
						(- -)
		(才) ・ ・			()	
						(- -)
		(才) ・ ・			()	
						(- -)
		(才) ・ ・			()	
						(- -)
		(才) ・ ・			()	
						(- -)

保育を必要とする主な理由	保護者の就労 (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土) 行事・ 習い事 ・ 介護 ・ 家族又は保護者の通院・ リフレッシュ ・()				
初回利用日	R 年 月 日()				
希望利用曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金				
利用時間(月～金)	: ~ :				
主 送 迎 者	送り	氏名	続柄	迎え	氏名

家族以外の連絡先

病氣やけがの時の連絡先の順番	ふりがな 氏 名	続柄	携帯番号	自宅又は勤務先 携帯番号以外の連絡先があれば記入ください
			- -	

◇かかりつけの病院がありましたらご記入ください			
小児科及び内科	外科及び整形外科	歯科	耳鼻科・眼科等

特記事項	
------	--

【写真撮影・掲載承諾書】

一時預かりの活動の際に撮影された写真をホームページへ掲載に使用することを

《 承諾します 承諾しません 》

一時預かり健康・生活調査票

そうほスマイル保育園

氏名

生年月日 R 年 月 日(才)

生育歴について	出産	1.妊娠中	正常 ・ 異常 （重度つわり、妊娠高血圧症候群、他）		
		2.分娩時	正常 ・ 異常 （骨盤位、吸引、帝王切開、他）		
		3.出生時	正常 ・ 異常 仮死・酸素使用(日)・保育器(日)		
			早産(か月)・強い黄疸・他()		
			体重 g	身長 cm	
	栄養	1. 6ヶ月未満の栄養方法 母乳 ・ 混合 人工(ミルク名)			
		2. 離乳食の開始 (満 か月頃から)			
	初期発達	1. 1人で2, 3歩あるいた時期 (才 か月)			
		2. ウマウマ、バイバイを言いかけた時期 (才 か月)			
性格面	1. 友達と良く遊びますか		遊ぶ ・ 遊ばない		
	2. 友達が近所にいますか		いる ・ いない		
	3. 心配な行動・くせがありますか		無 ・ 有 ⇒有の場合具体的に()		
自立性	1. 食事について		ひとりでできる ・ 手伝ってもらう ・ できない		
	2. 着替えについて		ひとりでできる ・ 手伝ってもらう ・ できない		
	3. 排泄(トイレ)について		ひとりでできる ・ 手伝ってもらう ・ できない		
健康状態について	1. ひきつけをおこしたことがありますか		無 ・ 有 回数 回 ・ 最後のひきつけ 才 か月頃 原因 熱が出たとき・泣いた時・熱がでなくても起こる		
	2. 歩行ができますか		可 ・ 不可 (ほう・つかまり立ち・他)		
	3. 会話ができますか		可 ・ 不可 (単語程度・他)		
	4. 病気、事故等で入院したことがありますか		無 ・ 有 (時期 才 か月頃・病名())		
	5. 定期健診を受けていますか		いる ・ いない		
	6. 発育面で気にかかることがありますか		無 ・ 有 ⇒有の場合具体的に()		
体質	該当するものに、○をしてください。 ・熱が出やすい ・便秘症(日以上) ・風邪をひきやすい ・湿疹 ・ぜんそく ・ヘルニア ・吐きやすい ・肘内症 ・下痢しやすい ・他()				
アレルギー	1. アレルギーについて		無 ・ 有		
	2. 何のアレルギーですか。		(1) 食物 (2) 薬物 (3) 吸引性(ハウスダスト・花粉症)		
	3. (食物アレルギーの方のみ)原因と思われる食品に○をしてください		(1) 卵 (2) 乳 (3) 小麦 (4) えび (5) かに (6) 落花生 (7) そば (8) その他()		
食事	現在、どんな形態のものを食べていますか (1) 裏ごし(ペースト状) (2) 舌でつぶせる固さ(豆腐状) (7) 大人と同じ (3) 歯ぐきでつぶせる固さ(バナナの固さ) (4) 歯ぐきで噛める固さ (5) 乳歯でつぶせる固さ (6) 大人の一部をつぶして				
その他	給食で特別な対応が必要ですか。		無 ・ 有 ⇒有の場合具体的に()		
かかりつけ医療機関名	①	TEL	②	TEL	
保険証	名称		乳幼児医療証	負担者番号	
	記号 番号			受給者番号	