生　活　メ　モ

子供たちが１日も早く安定した生活が送れるように、ひとりひとりの様子や習慣を知らせていただき、より良い保育をする為の参考にしたいと思います。

つきましては、下記に詳しく記入し子育て支援課まで提出してください。

児童名		生年月日	平成　　年　　月　　日

１．これまでにかかった病気の時期、経過

・ひきつけ　　回　初回発作　　年　　月　最近の発作　　年　　月

・ぜんそく　　回　初回発作　　年　　月　最近の発作　　年　　月

・その他　　入院したことがあるか　　有　　無

年　　月　　日　～　　年　　月　　日

具体的に病気や症状についてお知らせください(再発の疑いについてなども)

２．手術したことはありますか？　　有　　無

年　　月　　日　～　　年　　月　　日

どのような手術ですか

経過中の方は具体的にご記入ください

（特に日常の生活で気をつけなければならないこと等）

３．かかりつけ医　病院名＿＿＿＿＿＿＿＿　医師＿＿＿＿＿＿＿＿

平熱　　℃

４．保育をするうえで気がかりな事はありますか？(障害の可能性なども含め)

有　　無

（具体的に：　　）

５．食事のことで気がかりな事はありますか？又、体質的にうけつけない食べ物などありますか？（例えば　卵、肉、牛乳等）

有（　　）　　無

（具体的に〈症状など〉：　　）

６．飲食物以外でアレルギーはありますか？

有（　　）　　無

（諸症状：　　）