

# 一時保育児童調査票 (0・1・2 歳児)

ふりがな		呼 び 名	性 別	平 熱
児童氏名			男・女	. °C
食 事	離 乳 食	<input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了		
	飲 料	<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 100%ジュース <input type="checkbox"/> 乳酸菌飲料 <input type="checkbox"/> ヨーグルト飲料		
	ミルクの量	・量 _____cc    ・時間 _____時間毎		
		・ミルクを大量に吐くことはあるか〔有・無〕    ・飲んだ後は吐きやすいか〔有・無〕		
		・嗜好品で避けているもの <input type="checkbox"/> 有 ( _____ ) <span style="float: right;">※ジュース等</span>		
昼 寝	時 間	<input type="checkbox"/> 午前( : ~ : ) <input type="checkbox"/> 午後( : ~ : ) <input type="checkbox"/> 不規則		
	寝かせ方	<input type="checkbox"/> ひとりで <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> 抱っこ		
	寝つき	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い	寝 起 き	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い
	状 態	姿 勢	<input type="checkbox"/> うつ伏せ <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> 横向き	
睡眠の具合		<input type="checkbox"/> 浅い <input type="checkbox"/> 深い		
習 慣 (指しゃぶり等)		<input type="checkbox"/> 有 ( _____ )		
排 泄	排泄の様子 (2歳児のみ)	<input type="checkbox"/> 全く知らせない <input type="checkbox"/> 排泄してから知らせる <input type="checkbox"/> おしっこのみ知らせる <input type="checkbox"/> うんちのみ知らせる <input type="checkbox"/> 自立している <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
	便の回数	1日 _____回	便の状態	<input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ゆるい <input type="checkbox"/> 便秘
運 動 (0,1 歳児)	<input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> 座る <input type="checkbox"/> ハイハイ <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> 歩く			
病 歴	・ <input type="checkbox"/> ひきつけ _____回 / 初回発作 _____才 _____か月 / 最近 _____才 _____か月 ↳ 発熱〔有・無〕ダイアップ { 処方〔有・無〕 使用歴〔有・無〕 }			
	・ <input type="checkbox"/> ぜんそく _____回 / 初回発作 _____才 _____か月 / 最近 _____才 _____か月			
	・ <input type="checkbox"/> 入院 ( _____才 _____か月 _____日間 ) ↳ 病気名・症状 ( _____ )			
	・ <input type="checkbox"/> 手術 ( _____才 _____か月 _____日間 ) ↳ 具体的な内容 ( _____ ) 主 治 医 ( _____ 病院 _____ 医師)			
	・ <input type="checkbox"/> 脱きゅう _____回 / 初回 _____年 _____月 / 最近 _____年 _____月			
	・ <input type="checkbox"/> 頭を打った _____回 / 初回 _____年 _____月 / 最近 _____年 _____月 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )			
診 断 さ れ た 食 物 ア レ ル ギ ー		診 断 さ れ た そ の 他 の ア レ ル ギ ー		
備 考				