

休日保育利用申込児童の健康調査票

フリガナ 児 童 名		あいしょう ()	H・R 年 月 日生 男・女	
緊急時連絡先	第1連絡先	携帯電話 ()	第2連絡先	携帯電話 ()
	続柄:	勤務先電話()	続柄:	勤務先電話()
健康保険証	種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他	既往症	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> おたふく
	記号	番号		<input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> その他()
血液型		平熱	°C	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> MR
かかりつけ病院	電話 -		予防接種	<input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌
				<input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> その他()
今までに受けた健診 <input type="checkbox"/> 4ヵ月 <input type="checkbox"/> 10ヵ月 <input type="checkbox"/> 1歳6ヵ月 <input type="checkbox"/> 3歳			治療中の病気や特に注意すること	
体質的なもの・ かかったことのある 病気・くせなど	<ul style="list-style-type: none"> ・ アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ 自家中毒 ・ 鼻血がしやすい ・ ぜんそく、気管支炎 ・ ひきつけ ・ 熱性けいれん ・ 中耳炎 ・ うでがぬけやすい ・ ころびやすい ・ 骨折したことがある ・ その他 [] ・ 指しゃぶり ・ 爪かみ ・ チック 			
その他アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (どんな症状ですか:)			
食事制限	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (食物名:)			
言葉	はっきり <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない(喃語・片語・幼児語)	人見知り	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	
食事	一人で	<input type="checkbox"/> 食べられる <input type="checkbox"/> スプーンを使う <input type="checkbox"/> はしを使う	食欲	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細い <input type="checkbox"/> ものによる
	好き嫌い	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない		好きなもの 嫌いなもの
睡眠	・睡眠時間 時 分 ~ 時 分 ・寝る時のくせ() ・昼寝 する(時~ 時) ・ しない			
排泄	・排泄方法 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ <input type="checkbox"/> 出たら知らせる <input type="checkbox"/> 自立 ・大便 <input type="checkbox"/> 1日 回 (<input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 <input type="checkbox"/> 決まっていない) ・小便 間隔は何時間おきくらいですか (時間) ・おねしょ <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> ときどきする			
遊び	※好きな遊び、玩具、興味を持っていること			
その他、お子さんに関して注意してほしいことなどがありますか？				