

# 一時預かり

# 健康調査票

健康ドーム子育て支援センター一時預かり

ふりがな 児童氏名		呼名	生年月日 年 月 日 ( 歳 か月)	性別 男・女
※ 定期健康診断等結果について、保健センター等関係機関に問い合わせることに同意 する・しない				
署名 _____				

健康時の体温	【           ℃】
熱が出やすいですか？	はい ・ いいえ
ひきつけたことがありますか？	はい ・ いいえ
・今までに何回ひきつけましたか。	【           回   】
・どういう時にひきつけました。	【                           】
・最後にひきつけたのはいつですか。	【                           】
※既往症	
食事は好き嫌いなく食べられますか？	はい ・ いいえ
・好きな食べ物はなんですか。	【                           】
・嫌いな食べ物はなんですか。	【                           】
※その他	【                           】
アレルギー体質ですか？	はい ・ いいえ
・何が原因で起きますか。因子(食物・環境)	【                           】
・起こったときはどんな状態ですか。	【                           】
・その処置と対応	【                           】
排泄物は自立していますか？	はい ・ いいえ
・オムツを使用していますか。	はい ・ いいえ
・尿意はどんな合図で知らせますか。	【                           】
・排尿の間隔はどれくらいですか。	【                           】
脱臼をしたことがありますか？	はい ・ いいえ
・今まで何回脱臼しましたか。	【           回   】
・最後に脱臼をしたのはいつですか。	【      年   月      】
・脱臼した部位はどこですか。	【                           】
お昼寝はしていますか？	はい ・ いいえ
・お昼寝はいつしますか。(午前) 時 分～ 時 分 (午後) 時 分～ 時 分	
・寝るときの癖はありますか。	無 ・ 有【                           】
その他きになることはありますか？	