

一時保育 あんず組 アンケート(2-5歳児用)

\*該当するものには○印  
空欄には該当事項を記入してください。

記入日 年 月 日

しんじゅくいるまこども園

フリガナ 氏名	男・女 (愛称)	生年月日	平成 令和	年 年	月 月	日 日	住所	新宿区	自宅TEL 携帯	平熱 ℃	血液型 型
家族 及び 同居者	氏名	生年月日	続柄	職業	勤務先 または学校名			勤務先 電話番号		喫煙習慣について、お知らせください。 (SIDS防止策の為の聞き取りです。)  父親・母親 家族( )	
予防 接種	・BCG ・ポリオ ・ MR ・ ヒブ ・ 肺炎球菌 ・三種混合、四種混合(① ) (② ) (③ ) (追 ) ・麻疹・風疹( 年 月 ) ・流行性耳下腺炎 ・日本脳炎 ・水痘 ・B型肝炎										
生 育 歴	・妊娠中の病気… 無 ・ 有( ) ・妊娠中毒症 … 無 ・ 有( ) ・分娩状況… 正常 ・異常 (逆子・鉗子・仮死・帝王切開・その他) ・出生時…身長( )cm ・ 体重( )g ・出生時の様子 泣き方… 弱 ・ 普通 乳の吸い方… 弱 ・ 普通 ・今までに主に養育した人…父・母・祖父・祖母・保育園など( )										
発 育 状 況	・首のすわり( )カ月 ・寝返り( )カ月 ・腹ばい( )カ月 ・おすわり( )カ月 ・這う( )カ月 ・歩き始め( )カ月 ・保健センターでの指導…無 ・ 有( )について ・医療機関の指導 …… 無 ・ 有( )について										
罹 患 に つ い て	●熱性けいれん: 無 ・ 有 → 初回はいつごろでしたか ( ) ごろ 二回目はありましたか ( ) ごろ その後の経過はどうですか ( )										
	●小児喘息: 無 ・ 有 → 通院している ( ) ヶ月毎 入院していた (期間 ~ )										
	●亜脱臼: 無 ・ 有 → 初回はいつでしたか ( ) ごろ どの部位ですか ( )										
	●中耳炎: 無 ・ 有 → 通院している ・ 通院していない ●突発性発疹: 無 ・ 有 → いつごろでしたか ( ) ごろ どのような症状でしたか ( )										
遊 び	●水痘(水ぼうそう): 無 ・ 有 → いつごろでしたか ( ) ごろ ●流行性耳下腺炎(おたふくかぜ): 無 ・ 有 → いつごろでしたか ( ) ごろ ●肺 炎: 無 ・ 有 → 入院していた (期間 ~ ) ●風疹(三日はしか): 無 ・ 有 → いつごろでしたか ( ) ごろ ●麻疹(はしか): 無 ・ 有 → いつごろでしたか ( ) ごろ ●百日咳: 無 ・ 有 → いつごろでしたか ( ) ごろ										
	●アレルギー : 無 ・ 有 → 食品 ( ) 症状 ( ) 薬品 ( ) 症状 ( ) 動物 ( ) 症状 ( ) その他 ( ) 症状 ( )										
	・夜のお子さんとの触れ合いはありますか: はい ・ いいえ ・特定のお友だちはいますか: はい ・ いいえ ・お友だちとのトラブルは:( ) ・好きな遊び: 室内遊び( ) 外遊び( ) ・親から離れて遊べますか: はい ・ いいえ ・いつも遊ぶ人は誰ですか: 父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ お友だち ・一日当たりのテレビを見る時間: 30分 ・ 1~2時間 ・ 2時間以上										
	・お子さんのことで気になることはありますか: ・なし 夜泣き・おもらし・偏食・指しゃぶり・爪かみ・チック症状・自傷行為・自慰行為・その他										