

一時保育調査票

(0・1・2 歳児)

ふりがな		呼 び 名	性 別	平 熱
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		
	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 (_____ ※ジュース等)		
食 べ 方	子どもの姿勢	<input type="checkbox"/> 抱いて <input type="checkbox"/> ベビーラック <input type="checkbox"/> 椅子に座らせて <input type="checkbox"/> ソファ <input type="checkbox"/> その他		
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	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"/> はいはい <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				