

一時預かり用健康調査 ㊫ 小杉ほたるの里保育園

*この調査は園児の健康管理のために行います。保護者の方が必ず記入してください。
健康保険の欄は自己発生時（ケガ等）に必要ですので、コピーして添付してください。

児童氏名		かかりつけの病院 / 電話番号	
保護者氏名		病院名	
血液型	型 Rh + -	電話番号	
平熱	度 分	①今までかかった病気 *覚えている範囲で○をつけてください。 ・はしか ・かかった ・かかっていない ・水痘 ・かかった ・かかっていない ・耳下腺炎 ・かかった ・かかっていない ・風疹 ・かかった ・かかっていない その他 () ②該当する体質に○をつけてください。 ・アレルギー ・アトピー ・視力が弱い ・聴力が弱い ・ひきつけを起こしやすい ・その他 () ③現在、定期的に通院・通所している所 がありますか。	
保険証のコピーを 貼ってください。 1. 緊急時、病院に行く場合に使います。 (サイズは指定しませんので、枠からはみでるようであれば、折り曲げて 貼り付けてください。 2. 職場が変わられたときは、その都度 コピーを提出してください。			

◎お子様の様子について

①好きな遊び ()

②排泄について

・小便 (自立 おむつ) ・大便 (自立 おむつ)

③入園前にお子様と過ごすことが多かった方は誰ですか。○で囲ってください。

(母 父 祖母 祖父 その他の家族や親族)

④今までに他の園に通っていましたか。 * (○) をつけてください。

() 家庭保育

() 幼稚園・・・期間 (年 月 日～)

幼稚園名

住所

() 保育園・・・期間 (年 月 日～)

保育園名

住所

() その他

⑤食事について

◆食物アレルギーがありますか。 (はい いいえ)

*はい に○をつけた方は、後日アレルギーに関する書類の提出をしていただきます。

◆お箸をもって食べることができますか。 (はい いいえ)

◆自分で食事をすることができますか。 (はい いいえ)

◆ご家庭では食事に平均でどれくらいの時間をかけて食べ終わっていますか？ (分)

⑥その他心配なことがあればご記入ください。