

一時預かり児童面接表及び健康調査表

|      |                                                                                                                                                                       |      |                                                                                         |             |   |   |   |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---|---|---|
|      |                                                                                                                                                                       | 面接日  |                                                                                         | 令和          | 年 | 月 | 日 |
| フリガナ |                                                                                                                                                                       | 生年月日 | 血液型                                                                                     | A・B・AB・O    |   |   |   |
| 児童名  |                                                                                                                                                                       |      |                                                                                         | RH(+)・RH(-) |   |   |   |
|      |                                                                                                                                                                       |      | 平熱                                                                                      | ℃           |   |   |   |
| 住所   |                                                                                                                                                                       |      | 保険証番号                                                                                   |             |   |   |   |
|      |                                                                                                                                                                       |      | 保険者番号                                                                                   |             |   |   |   |
| 電話   |                                                                                                                                                                       |      | 子ども医療費受給資格証                                                                             |             |   |   |   |
| 保護者名 |                                                                                                                                                                       |      | 公費負担番号                                                                                  |             |   |   |   |
|      |                                                                                                                                                                       |      | 記号番号                                                                                    |             |   |   |   |
| 保護者名 |                                                                                                                                                                       |      | かかりつけの医院                                                                                |             |   |   |   |
| 生活面  | ・食欲 有 無<br>・偏食 有 無<br>・食べたことがない食品 無 有<br>食品名( )<br>・アレルギー食品 無 有<br>卵・牛乳・小麦・大豆・そば・ナッツ類<br>その他( )                                                                       |      | ・睡眠時間 時から 時まで<br>・昼寝 する しない<br>( 時から 時まで)<br>・寝つき (よい・わるい)<br>・寝おき (よい・わるい)<br>・寝るときのくせ |             |   |   |   |
|      | ・便通が毎日ありますか<br>・便意を教えますか<br>・トイレで排便ができますか                                                                                                                             |      | ・尿意を教えますか (はい・いいえ)<br>・トイレトレーニングをしていますか<br>(はい・いいえ)                                     |             |   |   |   |
| 健康面  | ・体質的なもの<br>鼻血が出やすい・便秘しがち・化膿しやすい・虫に刺されると極端に腫れる・皮膚が弱<br>アトピー性皮膚炎・その他( )                                                                                                 |      |                                                                                         |             |   |   |   |
|      | ・アレルギー (はい・いいえ) 食品名( )<br>その他( ダニ・ハウスダスト・花粉 その他 )<br>医師の指示治療をしている いいえ・はい・飲み薬・塗り薬・食事制限・その他<br>アナフィラキシーを起こす確率が高いと診断されている いいえ・はい                                         |      |                                                                                         |             |   |   |   |
|      | ・既往歴<br>小児喘息・川崎病・中耳炎・脱臼(場所 )・肝炎・ヘルニア<br>心臓疾患 病名( ) 症状(不整脈・肥大・雑音)<br>その他<br>・ひきつけ・けいれん 無・有(初回 歳 ヶ月 熱 ℃<br>その後(熱 ℃ 回) 無熱性 回<br>・てんかん 無・有(状態 )<br>薬の服用 無・有(開始 歳 カ月 回使用 ) |      |                                                                                         |             |   |   |   |
|      | ・予防接種<br>BCG・ポリオ・三種混合・麻疹・風疹(MR)・日本脳炎・その他                                                                                                                              |      |                                                                                         |             |   |   |   |