**永平寺町夜間・短期入所保育事業**

**ほほ咲みの郷ご利用の方へ**

**ショートステイ・トワイライトステイ問診票**

大切なお子様をお預かりするにあたり、お子様の健康チェックを行い、養育上の注意点を明らかにするために、保護者の方が正確にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用児童氏名男・女 | 生年月日平成・令和　　　年　　　月　　　日 |
| 次のとおり相違ありません。保護者氏名　　　　　　　　　　　　　 |
| お子さんの発育暦について分娩異常はありましたか出生後に異常はありましたか１ヶ月健診に異常はありましたか４ヶ月健診に異常はありましたか１０ヶ月健診に異常はありましたか１歳６ヶ月健診に異常はありましたか３歳児健診に異常はありましたか | 出生体重（　　　　　　　　ｇ）あった（　　　　　　　　　　）あった（　　　　　　　　　　）あった（　　　　　　　　　　）あった（　　　　　　　　　　）あった（　　　　　　　　　　）あった（　　　　　　　　　　）あった（　　　　　　　　　　） | ないないないないないないない |
| 生まれてから今までに特別な病気（先天性異常、心臓病、肝臓病、脳神経病、免疫不全症、ほか）にかかりましたか現在も医師の治療を受けていますか生活上の注意点がありますか | あった（　　　　　　　　　　　　　）いる（　　　　　　　　　　　）ある（　　　　　　　　　　　） | ないないない |
| ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますかその事について医師から何と診断されていますか | ある（　　　年　　　月　　　日）熱性けいれん・てんかん・ほか | ない |
| 最近１ヶ月以内に病気にかかりましたか | ある（　　　　　　　　　　　） | ない |
| １カ月以内に家族や兄弟、遊び仲間に、麻疹や風疹、水痘、流行性耳下腺炎などの感染症の方がいましたか | いる（誰　　　　　　　　　　）（何　　　　　　　　　　　　） | ない |
| 現在体の具合の悪いところはありますか | ある（　　　　　　　　　　　） | ない |
| 食品のアレルギーがありますか | 卵・牛乳・大豆（　　　　　　） | ない |
| その他気をつけてほしいことがありますか | ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | ない |

※この問診票は、利用する施設にお持ちいただき、利用する初日に提出してください。