**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。