問診票（子育て短期支援事業）

記入年月日　　年　　月　　日　回答者（　　）記入者（　　）

児童氏名	生年月日 年　月　日（　歳）	性別 男・女
保護者氏名	続柄	
利用期間 年　月　日～　年　月　日	利用理由 保護者の疾病・育児疲れ・出産・看護・就労	

【　　】←名称を記入
幼稚園・保育園・小学校・中学校・放課後児童クラブ・放課後デイサービス

入所時の預かり物
母子手帳・保険証・こども医療受給者証・診察券・薬・お薬手帳
衣類・靴

○健康状態：良・不良→風邪・咳・発熱・鼻水・その他（　　）
○既往歴：無・有→突発性発疹・熱性けいれん・その他（　　）
○アレルギー：無・有→（　　）
○かかりつけの医療機関（　　）
○薬：無・有（　　）
【朝・昼・夕・寝る前・頓服】　　【食前・食間・食後】
○感染症：２週間以内に、周囲で感染症にかかった人はいますか。
麻疹・風疹・おたふく風邪・水ぼうそう・インフルエンザ・その他
○睡眠：　　時　～　　時
○食事：好きなもの（　　）
嫌いなもの（　　）
アレルギー食品の除去　無・有→（　　）
○排泄：排尿（可・要介助）、排便（可・要介助）・紙おむつ
○好きなもの・安心できるもの・遊び方（　　）

【乳児の場合】
○栄養：母乳・混合・人工・離乳食・普通食　最終哺乳時間（午前・午後　時　分）
量（1 回　　CC ）、回数（1 日　　回）、吐乳（有・無）
○歩行：つかまり立ち・伝い歩き
○睡眠：寝つき（良・悪）、夜泣き（有・無）
○言葉：（　　）
○集団保育の経験：無・有

【緊急連絡先】担当職員（　　）
平日（8：30～17：15）はこども家庭課電話番号 0545-55-2763。休日・夜間は市役所代表電話 0545-51-0123。庁舎警備員室に繋がるため、担当職員名と折り返しの電話番号を伝えて下さい。