

<事前登録書類>

担当職員

こどもスマイルつばき園 病児保育室オリエンテーション表

面談日 20 年 月 日

ふりがな 児童氏名		性別	生年月日(西暦)
			年 月 日生 (歳 ヶ月)

○集団生活にあたり心配なこと

()

○保育歴 (有 ・ 無)

在籍保育園等又は学校名

○出生時の状況

出生時体重 (g)	第 子	平 熱 °C
出生時の状態	通常 早産 (週)	その他 ()

○体質など

アレルギー 有 / 無 ※あてはまる項目を○で囲んでください。 ・食物アレルギー () ・気管支喘息 ・アトピー性皮膚炎 ・アレルギー性結膜炎 ・アレルギー性鼻炎 ・金属 ・日光 ・その他 ()	指 示 書 有 ・ 無 提出日 ()
熱性けいれん 有 / 無 ・有の場合/いつ頃 () 状 況 ()	
脱臼 有 / 無 ・部位 ()	
その他 ※あてはまる体質を○で囲んでください。 ・風邪をひきやすい ・ひきつけやすい ・口内炎がでやすい ・化膿しやすい ・便秘がち ・扁桃腺が腫れやすい ・湿疹がよく出る ・鼻血が出やすい ・吐きやすい ・ぜんそくが起きやすい	
既往歴 ※今までに罹った病気を○で囲んでください。 水ぼうそう 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 麻疹(はしか) 風疹 百日咳 RSウイルス 突発性発疹 ぜんそく 中耳炎 その他 ()	

○今までの生活のリズム

5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	

○排泄:現在の状況 ()

○昼寝: する ・ しない 時間 (~) ・寝かせ方 / 縦抱き ・横抱き ・おんぶ ・添い寝 ・その他

○食事形態: 普通食 ・ 離乳食 (初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了) ・きざみ

○食べる量: 普通 ・ 少なめ ・ 多め ・ むらがある

○偏食 ()

○食事方法: 食べさせている ・手づかみ ・スプーン ・箸 ・その他 ()

○食事にかかる時間 ()

○食事の時間: 朝食 : ・昼食 : ・夕食 :