

記入例

中津市子ども誰でも通園利用児童調査票

記録日： 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	初回利用日： 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
ふりがな： なかつ はなこ	
児童名： 中津 花子	性別： 女性
生年月日： 令和○年 ○ 月 ○ 日	(0 歳)
住所： 大分県 中津市豊田町14番地3	
電話番号： 0979221129	
保護者名： 中津 太郎	続柄： (父)
※ 朝も夕方も、申請の保護者とは別の者が送迎する	
送迎者名： 朝： 中津 蝶子	続柄： (母)
夕方： 中津 風子	続柄： (祖母)
緊急連絡先	
① 氏名： 中津 蝶子	電話番号： 0979221129 続柄： (母)
② 氏名： 中津 太郎	電話番号： 0979221129 続柄： (父)
③ 氏名： 中津 風子	電話番号： 0979221129 続柄： (祖母)
体 質 的 な 特 徴	
既往症	特になし／はしか／水痘／百日咳／風疹／おたふくかぜ／その他
児童の状況	<input checked="" type="checkbox"/> アレルギー(リンゴアレルギー) <input checked="" type="checkbox"/> ひきつけ、熱性けいれん(どんな時： 38度以上の熱がでたとき) <input checked="" type="checkbox"/> 脱臼(部位： 右腕) <input checked="" type="checkbox"/> よく吐く、自家中毒(どんな時： 緊張や興奮した時によく吐く) <input checked="" type="checkbox"/> 喘息 <input checked="" type="checkbox"/> 鼻血がしやすい <input checked="" type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input checked="" type="checkbox"/> ヘルニア <input checked="" type="checkbox"/> かみつき <input checked="" type="checkbox"/> 指しゃぶり <input checked="" type="checkbox"/> その他()
かかりつけの病院	
小児科： ○○小児科	電話番号： 0979221129
外科： ○○外科	電話番号： 0979221129
歯科： ○○歯科	電話番号： 0979221129
現在治療中・管理中の病名 (特になし／○○の治療中)	
病院名 (○○病院)	
その他、気をつけることがあれば記入してください。 (言語の遅れあり)	
おうちでは、なんと呼んでいますか (はなこちゃん)	
好きな食べ物 (いちご)	
苦手な食べ物 (ピーマン)	
好きなおもちゃ (おままごと)	
家庭で主に保育をする人 (父／母／祖父／祖母／その他)	
排泄状況 尿： オムツ／トレーニング中／自立 自立 (1日： ○回程度／○回以上)	
便： オムツ／トレーニング中／自立 状態 (便秘／硬い／普通／軟らかい／下痢)	
睡眠状況 (あおむけ／うつぶせ／横向き／その他)	
同居の家族の喫煙状況 (有／無)	
母乳か人工乳か (母乳／人工乳／どちらも飲ませている／その他)	