

一時預かり問診票（東郷あやめこども園）

※幼稚園、保育園、認定こども園に在籍していますか。（ はい ・ いいえ ）

ふりがな		性 別	男 ・ 女	年 月 日生
児 童 氏 名		T E L		
保 護 者 氏 名		住 所	東郷町	

愛 称		ア ト ピ ー	無 ・ 有 （投薬は行いません）
利 き 手	右 ・ 左 ・ 両	食物アレルギー	無 ・ 有〔原因〕 〔症状と対応〕
排 尿	遠い ・ 普通 ・ オムツ使用 近い(分おき)	除 去 食 品	無 ・ 有 〔品名〕
偏 食	無 ・ 有 ()		※献立表を参考にしてご家庭で食べていない食べ物やアレルギー児の子どもさんは代替食をご持参ください。
食 べ 方	哺乳瓶 ・ ストロー ・ コップ スプーン ・ フォーク ・ はし	歩 行	ハイハイ ・ 難なし(歩行開始 月 日) 難なし ・ その他
聴 力	正 常 ・ 聞こえにくい	かかりつけの 医 師	内科 Tel 外科 Tel
視 力	正常 ・ 近視 ・ 遠視 ・ 斜視		
言 語	喃 語 ・ 片言(単語) ・ 二語文 幼児語 ・ 不明瞭 ・ 正 常	睡 眠	寝かせ方：一人で寝る ・ 添い寝 おんぶ ・ 抱っこ 昼寝はしない
ヒ キ ッ ケ	無 ・ 有 最終 年 月 日 救急車要請希望 無 ・ 有 病院名		寝つき：良い ・ 悪い(対応) 寝起き：良い ・ 悪い(対応) 姿 勢：うつぶせ ・ 仰向け ・ 横向き 時 間：午前睡 ～ 午後睡 ～
脱 臼	無 ・ 有 (部位) 最終 年 月 日	平 均 体 温	度 分 (平均値) ※37.5° 以上発熱の場合は、お迎えの連絡を入れさせていただきます。
家庭での過ごし方 (主に誰と関わっているか)	昼間 夜間	癖	
好きなあそび おもちゃ、本 など		その他 特記すべき事 一時預かりを 利用する理由	