一時保育児童状況票

　　年　　月　　日　　現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな　　　　　　　　　　　　男  児童氏名　　　　　　　　　　　　女 | | | | | | | | 家庭での呼び方 | | | | 年　　月　　日　　生  （満　　　　才） | | | |
| 平熱　　　　℃ | | | | | 熱性けいれん　□有　□無　　　有　⇒　　　　℃で　　　分続いた | | | | | | | | | | |
| 現在治療中または経過観察中の傷病　□有　□無  有　⇒病名（　　　　　　　　　）通院・入院（　　　　年　月　日から　　　　年　月　日） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健診受診状況　□有　□無　　有　⇒□４ヶ月・□１０ヶ月・□１歳半・□３歳児・その他  　健診時の指導及び相談事項　有　⇒ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食物アレルギーの有無  　　□無  　　□有　⇒　医師の診断　□有　□無  　　　　　　　□卵　□牛乳　□大豆　□小麦　□そば　□その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既往歴 | | | | 麻疹（はしか）　　水ぼうそう　　　耳下せん炎　　　百日咳　　　風疹 | | | | | | | | | | | |
| ◎体質的なもので該当するものがあれば〇で囲んでください  ・風邪を引きやすい　　　　　・口内炎ができやすい　　　・ひきつけのくせがある  ・扁桃腺がはれやすい　　　　・肌荒れしやすい　　　　　・ぜん息をおこしやすい  ・夜尿症　　　　・便秘がち　　　・下痢しやすい　　　　・脱臼しやすい（箇所　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所時の状況 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事 | 内容 | | 普通食　　その他（　　　　） | | | | | | | | 時間 | | | 早い　普通　遅い | |
| 食べ方 | | 一人で食べる（手づかみ・スプーン・はし）　　食べさせてもらう | | | | | | | | | | | | |
| 嗜好 | | 好きな食べ物（　　　　　　　　　）嫌いな食べ物（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 排泄 | おむつ | | 使用している　・　していない　　　　（おむつかぶれ　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 小便 | | 一人でできる　・　できない　　　遠い・普通　　　もらす・もらさない | | | | | | | | | | | | |
| 大便 | | 一人でできる　・　できない　　　もらす・もらさない・もらすこともある | | | | | | | | | | | | |
| 睡眠 | 時間 | | 起床時間　　：　　頃　就寝時間　　：　　頃 | | | | | | | | | | | 寝つき | 良い・普通・わるい |
| 昼寝 | | する（　　：　　～　　：　　頃）　しない | | | | | | | | | | | 寝起き | 良い・普通・わるい |
| 寝方 | | うつぶせ・あおむけ・横むき　　　一人で寝る・添い寝 | | | | | | | | | | | | |
| 習慣 | | （寝るときのくせ） | | | | | | | | | | | | |
| 遊び | 主に遊ぶ相手 | | | | |  | | | 主に遊ぶ場所 | | | |  | | |
| 好きな遊び | | | | |  | | | | | | | | | |
| 言葉 | 発音 | 明瞭・不明瞭 | | | | | | | 速さ | 早口・普通・遅い | | | | | |
| 内容 | 思ったことを話せる　・良く話せない　・話せない　・どもる　・どもらない | | | | | | | | | | | | | |
| 特に興味を持つもの | | | | | | |  | | | | | | | | |
| く　せ | | | | | | |  | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |