

一時的保育サービス問診票

保 育 日 令和 年 月 日

保護者氏名 _____

児童名 _____ (平成・令和 年 月 日生 男・女)

住 所 関市 _____

緊急連絡先場所 ① _____ ② _____
(名 称)

緊急連絡先 ① 電話 (-) ② 電話 (-)

この問診票は、安全にお子様をお預かりするために本来必要な、医師の健康診断に代わる重要なものです。お子様の健康状態をよく把握している方にお尋ねします。
よくお読みいただきあてはまる所に記入、○印をつけてください。

1、今朝の体の具合はどうでしたか 体温_____度 平熱_____度	よ い	わるい
2、朝食はすんでいますか	は い	いいえ
3、現在、何か病気で医者にかかっていますか	は い	いいえ
4、1ヶ月以内に、何か病気で医者にかかったことがありますか おたふくかぜ・はしか・風 疹 (ふうしん)・水ぼうそう その他 _____	は い	いいえ
5、今までに入院したことがありますか 病名_____ 平成・令和 年 月頃	は い	いいえ
6、今までにけいれん (ひきつけ) を起こしたことがありますか 原因は何ですか _____	は い	いいえ
7、ぜんそくの発作を起こしたことがありますか	は い	いいえ
8、薬を飲んで、皮膚に発疹が出たことがありますか	は い	いいえ
9、食べ物で、発疹が出たり、下痢をしたことがありますか	は い	いいえ
10、アレルギーはありますか ある場合、食べてはいけない食品は何ですか 食品名 _____	は い	いいえ
11、今まで健康診断の時、健康上の注意を受けたことがありますか 事柄 _____	は い	いいえ
12、その他注意することがありましたらお書きください		

(裏面も記入をお願いします)

・保険証の種類は？ 国民保険 ・ 社会保険 ・ その他（ 保険）					
世帯主名		記号番号		保険者番号	

.....

.....

次回のお預け日 令和 年 月 日 ()

万が一予定が変わった場合は、至急保育園の方まで連絡をお願いします。