

一時保育健康・生活確認書

年 月 日 現在

ふりがな 児童氏名		児童の生年月日				保護者氏名								
		西暦 20 年 月 日												
送迎者	登園時	続柄		連絡先										
	降園時	続柄		連絡先										
	その他	続柄		連絡先										
生活状況	食事	食欲	有・無	時間がかかる	食べ方	手づかみ・フォーク・スプーン・はし								
		好き嫌い	有・無	嫌いな食品()	食物アレルギー (該当するものに○)	なし・あり※ ※令和8年度は、食物アレルギー対応がありませんので、食物アレルギーがある場合は申込みできません。								
	排泄	オムツ	している・していない	小便	おしえる・おしえない・その他()									
		大便	おしえる・おしえない・その他()											
	就寝時間() 起床時間() 朝食時間()													
	風寝	している(: ~ :)・していない 寝るときの癖()												
	遊び	友だちと遊ぶことがありますか(遊ぶ・一人遊び) 好きな遊び()												
	《生活・遊びの面で特に配慮が必要なことがありますか》(有 (以下に記入してください) ・無)													
	《食事で気になっていることがありますか》(有 (以下に記入してください) ・無)													
	《発育面で気になることはありますか》(有 (以下に記入してください) ・無)													
運動面() 言葉()														
生活(排泄や食事等)() 身体()														
視力() 聴力()														
相談している施設はありますか (有 → 子ども総合センター・保健センター・その他() ・無)														
手帳(障害者手帳・愛の手帳)の交付はされていますか (有 → ____級・____度・無)														
健康状態	予防接種 ※接種した日を記入してください。						記入もれに注意!							
	Hibワクチン		4種混合				5種混合							
	1回	2回	3回	追加	1回	2回	3回	追加	← 令和6年3月31日までに接種開始した方	1回	2回	3回	追加	→ 令和6年4月1日以降に接種開始した方
	ロタウイルス		B型肝炎		耳下腺炎		肺炎球菌		BCG	MR	水痘			
	1回	2回	3回	1回	2回	3回		1回	2回	3回	追加			
保育園で特に配慮してほしいこと														
※どちらかに必ず○をつけてください														
●関節が外れやすい ※ いいえ ・ はい(部位)														
●熱性けいれんを起こしたことが ※ ない ・ ある(直近の時期 年 月 ・ 回/日)														
●その他														