

第130回日本内科学会四国地方会 MRSお子さま調査票

【記入日】 年 月 日

| | | | |
|----------|-----------------------|---------|-------|
| お子様の名前 | フリガナ 男・女 (愛称:) | 平熱 ℃ | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日生 (満 歳 ヶ月) | | |
| 保護者様のお名前 | | | |
| ご住所 | 〒 TEL () - | | |
| 緊急連絡先 | 本人との関係 | 連絡場所 | |
| | | | () - |
| | | | () - |

| | | | | |
|------|--|--|----------|---|
| 健康状態 | 今までにかかった病気 | <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | 体質 | <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 鼻血 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | アレルギー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※アレルギー有の方はできるだけ詳細をご記入ください <input type="checkbox"/> たまご <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 牛乳 ※その他食べられるもの(お菓子含む)、食べられないもの(お菓子含む)等、詳細に記入ください | | |
| | | 乳児のみ | ミルクの種類・量 | <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 粉ミルク 一回の量 約 () cc |
| | | | 授乳間隔 | () 時間ごと |
| | 授乳時の注意点 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | | |
| | 離乳状況 | <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完全食 | | |
| 生活習慣 | 食事 | 量 <input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 少ない 方法 <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう 偏食 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> 多い 所要時間 <input type="checkbox"/> 早い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い | | |
| | 排泄 | <input type="checkbox"/> 一人ができる <input type="checkbox"/> 手助けをすればできる <input type="checkbox"/> できない | | |
| | お昼寝 | <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する 時間 (時くらいから 時くらい) | | |
| | | 寝付き <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い 寝かせ方 () | | |
| | 着脱衣 | <input type="checkbox"/> 一人ができる <input type="checkbox"/> 手助けをすればできる <input type="checkbox"/> できない | | |
| | 遊び | <input type="checkbox"/> 友達とあそぶ <input type="checkbox"/> 一人で遊ぶ <input type="checkbox"/> 大人と遊ぶ <input type="checkbox"/> 好きな遊び () | | |
| くせ | <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 有 () | | | |
| その他 | 集団教育の経験 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | |
| | 性格、体質など特に伝えておきたいこと | | | |

承諾書

上記の事実と相違ないことを承諾し、託児を利用致します。また緊急の場合(病気・怪我など)は、スタッフの判断により、適切な処置がとられることを承認致します。

保護者様ご氏名 _____ 印