児 童 問 診 票

ふりがな		性別	□男 □女	生年月日	年　月　日
児童氏名				年　齢	歳
ふりがな		続柄		連絡先	
保護者名				（自宅/携帯）	
住　所					
在籍校	（学校/幼稚園･保育園）				

健康状態	平熱	℃
	身長・体重	身長：約　cm　体重：約　kg
	現在かかっている病気	□なし □あり(　)
	服薬	□なし □あり(　)
	アレルギー	□なし □あり(　)
	既往歴	
	かかりつけ医	病院名(　)連絡先(　-　-　)
食事	食物アレルギー	□あり □なし (□卵 □牛乳 □小麦 □そば □ピーナッツ □その他(　))
	食事形態	□普通食 □幼児食 □離乳食(□前期 □中期 □後期)
	食事摂取	□一人で食べる □一部介助 □全介助
	食事量	□多い □普通 □少なめ
	偏食	□なし □あり(　)
排泄	トイレの使用	□一人で行ける □見守りが必要
	紙おむつの使用	□なし □常時使用 □夜間のみ
睡眠	夜泣き	□しない □する(泣き止ませ方：　)
	寝かしつけ	□一人寝 □その他(　)
	寝起き	□良い □悪い □一人で起きる □起こされないと起きない
入浴	□ひとりで入れる □一部介助 □全介助	
着替え	□ひとりでできる □一部介助 □全介助	
性格（クセ･こだわり等）		
配慮事項（その他施設へ伝えておきたいこと）		