

おたずね票

よりよい保育をするために、おたずね票のご記入をお願いいたします。

ふりがな		性別	生年月日	第 子
氏名		男・女	年 月 日	

保育園名	保育園		
住所	箕輪町大字(中箕輪・東箕輪・三日町・福与・中曽根)		番地 (区 組)
ふりがな		ふりがな	
父氏名		母氏名	
連絡先	① ()	② ()	
在園児名	ふりがな:	クラス名	組
在園児名	ふりがな:	クラス名	組

保育園へ通っている子どもさんがいる場合に記入してください。

体 質	1 既往歴() 2 定期受診 なし あり(病名 医療機関) 薬使用 なし あり() 3 ひきつけまたは熱性けいれん なし あり(回) いつ() 4 脱臼 なし あり(回) 部位() いつ() 5 アレルギー なし あり ・食物アレルギー() ・アトピー () 6 その他		
発 達	1 はいはい つかまり立ち 一人立ち つたい歩き 一人歩き 2 お家の人とコミュニケーションがとれますか いいえ はい(どんなふうに) 3 人見知りはしますか ひどくする 少しする しない 4 その他気になることはありますか()		
食 事	1 母乳・混合・ミルク ミルク1回の量(cc) どんな時に() 2 離乳食のやわらかさ ・ドロドロ ・つぶつぶ ・細かい ・普通 1日(回・時間) 3 その他()		
排 泄	1 オムツを替える回数()回 大便1日()回 2 その他		
睡 眠	1 寝る時刻 時 起きる時刻 時 2 午前寝をする はい(時～ 時) 決まっていない いいえ 3 お昼寝をする はい(時～ 時) 決まっていない いいえ 4 寝つきは 良い 悪い 寝起き 良い 悪い 5 寝方 (うつぶせ あお向け 横向き) 6 一人で寝る 添い寝をする おんぶする だっこする 7 寝る時のくせ(具体的に) 8 乳幼児突然死症候群(SIDS)についてご存じですか はい 少し知っている いいえ		
保護者の健康状態	父の健康状態 定期受診 なし あり(病名 医療機関) 薬使用 なし あり()		
	母の健康状態 定期受診 なし あり(病名 医療機関) 薬使用 なし あり()		

