

一時預かり事業利用調査 ver.2025.04 (記載日 年 月 日)

お子さんのお名前 _____ 年齢 歳 月 _____

① 現在、利用されている保育所(園)・幼稚園名 _____

② 現在、利用されている療育施設名 _____

※福祉の里等を利用している場合には、必ずご記入ください。

③ お子さんについて

(1)首がすわったのはいつごろですか _____ か月ころ

(2)歩き始めたのはいつごろですか _____ か月ころ

(3)ことばについて 喃語(アー、バブ等の赤ちゃん語)： 言える・言えない
 単語： 言える・言えない
 会話： できる・できない

(4)家ではお子さんのことをどのように呼んでいますか _____

④ 1日の過ごし方を教えてください

(1)起床時間 _____ 時ころ

(2)お昼寝時間 _____ 時ころ～ _____ 時ころ

(3)就寝時間 _____ 時ころ

⑤ 好きな遊びを教えてください _____

⑥ 人見知りはしますか _____

⑦ 子ども同士で遊んだ経験はありますか ある ・ ない

⑧ お子さんが安心する方法はありますか (例：タオルを持って寝る など) _____

⑨ トイレはどうしていますか オムツ ・ パンツ ・ トイレトレーニング中

⑩ 寝かしつけはどうしていますか おんぶ ・ 抱く ・ 添い寝 ・ ひとり寝

⑪ 寝るときに必要なものがありますか _____

⑫ 食事についておしえてください

(1)今は何を食べていますか

・母乳、ミルクのみ 母乳：1日に ___回、 ミルク：1日に ___回、1回に ___ml

・母乳またはミルクと離乳食 母乳またはミルク：1日に ___回、1回に ___ml

離乳食： 初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了期

・普通食

(2)食事はどうやって食べますか 手づかみ ・ スプーン ・ フォーク ・ 箸

⑫ (3)食べ物について、好き嫌いを教えてください 好き： _____

嫌い： _____

(4)【重要】現在、食物アレルギーはありますか 無 ・ 有 ・ 検査していない

「有」の場合 診断名： _____

食品名： _____

症状： _____

留意点： _____

エビペンの処方： 無 ・ 有

⑬ 【重要】食物以外のアレルギーはありますか 無 ・ 有 ・ 検査していない

「有」の場合 症状(例：砂に触れると湿疹が出る 等) _____

⑭ 【重要】既往症について教えてください

既往症	かかったかどうか	かかった時期	その時の年齢
突発性発疹	有 ・ 無	年 月 ころ	歳 か月
はしか	有 ・ 無	年 月 ころ	歳 か月
風疹	有 ・ 無	年 月 ころ	歳 か月
みずぼうそう	有 ・ 無	年 月 ころ	歳 か月
おたふくかぜ	有 ・ 無	年 月 ころ	歳 か月
肺炎・気管支炎	有 ・ 無	年 月 ころ	歳 か月
心臓病(病名) ()	有 ・ 無	年 月 ころ	歳 か月
ひきつけ	有 ・ 無	年 月 ころ	歳 か月
熱性けいれん	有 ・ 無	年 月 ころ	歳 か月
入院した病気 ()	有 ・ 無	年 月 ころ	歳 か月
その他 ()	有 ・ 無	年 月 ころ	歳 か月

既往症について、必要となる配慮がありましたらご記入ください

()

⑮ 【重要】育児や健康面で心配なことがありましたら、ご記入ください

()