

# 一時預かり ほしぐみ 事前アンケート

記入日 年 月 日

お子さんの名前（ふりがな）	性別 男 女	生年月日 R . .	愛称
好きな遊び	くせ（例 寝る時にお気に入り毛布がいる等）		
給食希望 有 無	アレルギー 有 無 有の方は、別紙に記入してください		
本園を何でお知りになりましたか（ご紹介者）			
ご希望がありましたらご記入ください			

# 一時保育登録届

令和 年 月 日

児童名（ふりがな）	住所
令和 年 月 日生	メールアドレス
	@

## 家族構成

氏名（ふりがな）	続柄	生年月日	緊急連絡先 / 勤務先名（職業・学校名等）
			電話番号
			勤務先名
			電話番号
			勤務先名

園までの所要時間 徒歩 ・ 自転車 ・ その他（ ）で 分

出産時の状況 第 子 正常分娩 出産時体重 g  
 その他（ ）

## 予防接種歴（接種したものに○をしてください）

	1回目	2回目	3回目	追加
ヒブ				
肺炎球菌				
四混（DPT+不活化ポリオ）				
麻しん・風しん（MR）			日本脳炎	1回目 2回目 追加
水痘（みずぼうそう）			おたふく	1回目 2回目
BCG	済 ・ 未		B型肝炎	1回目 2回目 3回目
インフルエンザ（日付）	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・

その他 予防接種	入院歴	成長で気になる事がありますか？

# 食物アレルギー調査票

園児氏名

令和 年 月 日生

お子様の食物アレルギーについておたずねします。下記の項目についてご記入下さい。

記入上のお願い

- ・ 回答は、当てはまる項目を選び、○で囲んでください。
- ・ その他に当てはまる場合は、( ) 内にその内容を具体的にご記入ください。

問1 今まで食べた食品の中でアレルギー反応を起こしたことがありますか。

- ①ある ②ない

(あると回答した方は、問2以降にお進み下さい。ないと回答された方は、これで終了です。)

問2 そのことで医師の診断をあおいだことがありますか。

- ①ある ②ない

問3 医師の診断の中で食べてはいけないと言われた食品がありますか。

- ①ある ②ない

問4 除去が必要といわれた食品は何ですか。

- ①鶏卵 ②牛乳 ③小麦粉 ④大豆 ⑤そば ⑥えび ⑦かに  
⑧ピーナッツ ⑨その他 ( )

問5 保育園の給食に除去食を希望しますか。

- ①希望します ②希望しません

以上で終了です。

記入者氏名

提出日 令和 年 月 日