

一時預かり オリエンテーション表

				面接日		年 月 日()		
				担当した保育士				
ふりがな		性別		年 月 日生まれ				
氏名 (こども)		男 女		生年月日		(歳 か月)		
集団生活をするにあたり心配していること								
保育歴	無 有	一時預かりを利用 (園) どのくらい(年 月～週 回)						
		保育園等に通園していた(園) いつから(年 月～ 主に世話をした人						
出生時の体重		g	第 子	平 熱	度			
出産時の状態	通常 早産(週) その他()							
アレルギー	無 有	種類 ()に ○ を記入	()食物アレルギー 食品名		指示書	有		
			()気管支ぜんそく ()アトピー性皮膚炎 ()アレルギー性結膜炎 ()アレルギー性鼻炎 ()金 属 ()日 光			無 提出できる時期 ()		
体質など	熱性けいれん	無 有	有 の場合 いつ頃() 状況()					
	脱臼	無 有	部位					
	その他	あてはまる体質を、○で囲んでください。 ・風邪をひきやすい ・ひきつけやすい ・その他 ・口内炎が出来やすい ・化膿しやすい ・扁桃腺がはれやすい ・湿疹 ・鼻血が出やすい ・吐きやすい ・便秘しやすい ・ぜんそくが、起きやすい						
予防接種	区分	ワクチン名		実 施 年 月 日				
	予防接種法 (定期接種)	結核予防法	BCG	年 月 日	年 月 日		年 月 日	
		四種混合 (百日咳・破傷風・ジフテリア・ポリオ)	1期初回1回目	年 月	1期初回2回目	年 月	1期初回3回目	年 月 日
			1期追加	年 月				
			MR(麻疹・風疹混合)ワクチン	1回目	年 月	2回目	年 月 日	
			日本脳炎	1期初回1回目	年 月	1期初回2回目	年 月 日	1期追加
		水痘(みずぼうそう)	1回目	年 月	2回目	年 月 日		
		Hib感染症	初回1回目	年 月	初回2回目	年 月	初回3回目	年 月 日
			追加	年 月				
	小児の肺炎球菌感染症	初回1回目	年 月	初回2回目	年 月	初回3回目	年 月 日	
		追加	年 月					
	B型肝炎	1回目	年 月	2回目	年 月	3回目	年 月 日	
	任意接種	おたふくかぜ(流行性耳下腺炎)	年 月 日					
		ロタウイルス	1回目	年 月	2回目	年 月	3回目	年 月 日
		A型肝炎	初回1回目	年 月	初回2回目	年 月	初回3回目	年 月 日
インフルエンザ(近々接種のみ)		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
髄膜炎菌		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
既往症	今までにかかった病気を、○で囲んでください。							
	水痘(水ぼうそう)	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	麻疹(はしか)	風しん				
	百日咳	RSウイルス	突発性発疹	ぜんそく	中耳炎			
その他()								