

一時預かり 面談記録票

No.	くるんと面談日 R 年 月 日	担当
No.	おひさま面談日 R 年 月 日	担当

児童の名前	ふりがな		性別	男 ・ 女	写 真 (面談時に親子の写真を撮影します)
生年月日	年 月 日生	※登録時	歳	ヵ月	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有()			
		除去している食品 ()	症状と対応 ()	医師からの指示等 ()	
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(過去歴 回 / 初回 歳 ヵ月 ・ 最後 歳 ヵ月ごろ)			
その他の健康	現在、通院・経過観察中の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
	常用している薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
	既往歴や留意してほしいこと <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
支援の状況	療育・発達支援施設の利用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(施設名:) (診断名:)				
食事	段階	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク・混合(量: cc/1回・ 時間おき)			
		<input type="checkbox"/> 離乳食(回数: 回/1日、 <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了) <input type="checkbox"/> 幼児食			
	食べ方	<input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 自分で食べることができるが一部介助 <input type="checkbox"/> 最後まで自分で食べることができる			
	<input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 箸(右 ・ 左)				
	留意点	食欲 <input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> むら <input type="checkbox"/> 小食 <input type="checkbox"/> その他 ()			
排泄	オムツ/パンツ	<input type="checkbox"/> 常時オムツ <input type="checkbox"/> 午睡・就寝時のみオムツ着用 <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ <input type="checkbox"/> 常時パンツ			
	トイレ(尿)	<input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人でできる(声掛け <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要)			
	トイレ(便)	<input type="checkbox"/> オムツに履き替える <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人でできる(声掛け <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要)			
午睡	午前寝の有無	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> する(時間: ~)			
	午睡の有無	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> する(時間: ~)			
	寝つき等	<input type="checkbox"/> すぐに眠る <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 眠りが浅く途中で起きてしまう <input type="checkbox"/> 眠ることを嫌がる			
	ご家庭での午睡時の誘導	(例) 抱っこ、添い寝、好きなタオルやおしゃぶりを持って寝るなど			
体質	<input type="checkbox"/> ゼイゼイ言う <input type="checkbox"/> 咳が出やすい <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい <input type="checkbox"/> 肌が弱い				
	<input type="checkbox"/> 肘や肩が抜けやすい(肘・肩・右・左) <input type="checkbox"/> 平熱が高め(°C)				
言葉	<input type="checkbox"/> 喃語 <input type="checkbox"/> 単語 <input type="checkbox"/> 大人の言葉に反応 <input type="checkbox"/> 簡単な会話ができる <input type="checkbox"/> 普通に会話ができる				
	<input type="checkbox"/> よくしゃべる <input type="checkbox"/> あまり話さない <input type="checkbox"/> はっきりしている <input type="checkbox"/> わかりにくい・どもる <input type="checkbox"/> 言葉が遅め				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
対人	<input type="checkbox"/> 人見知りをしない <input type="checkbox"/> 人見知りをする				
	友達と: <input type="checkbox"/> 一人遊びが好き <input type="checkbox"/> 友達と遊ぶのが好き <input type="checkbox"/> 手が出ることもある <input type="checkbox"/> 噛むことがある				
好きな遊び					
その他	抱っこ紐 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 おんぶ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 お預かりをするにあたって、心配なこと、配慮してほしいこと、伝えておきたいこと				

写真・動画の撮影・掲載について

当施設では一時預かり保育中の活動の様子などをホームページやお知らせノート、掲示物などでお知らせしています。以下の内容をご確認いただき、事前に承諾いただきますようお願い申し上げます。

【写真撮影・掲載】

◇掲載目的

日々の活動の様子を幅広くご家庭や地域の方々にご理解いただくため

◇掲載する場所

・ホームページ ・ エントランスの掲示物 ・ お知らせノート

【看護記録の写真・動画撮影】

◇撮影目的

発疹が出た場合やけいれんが起きた場合など、その時の症状を記録し、必要であれば医療機関へ情報を提供するための写真撮影や動画撮影をさせていただきます。（看護記録以外に使用することはありません）

写真撮影・掲載／看護記録の写真・動画撮影の承諾書

くると子育て支援センター 一時預かりルーム 利用中における

写真撮影・掲載を （ 承諾する ・ 承諾しない ）

看護記録用の写真・動画撮影を （ 承諾する ・ 承諾しない ）

令和 年 月 日

児童氏名

保護者氏名
