

調布市子ども発達センター
緊急一時養護・リフレッシュ支援事業 利用者 登録調査票

※ この用紙はお子さんをお預かりする上で参考にします。また医療機関へ受診が必要な際はこの用紙を使いますので記入もれのないようお願いします。

※発達センター利用児のうち、健康調査票を提出している方は、コピーをとらせていただきます。

※写真持参

ふりがな 氏名	生年月日 平成・令和 年 月 日	診断名
・愛の手帳 無・有()度 ・身体障害者手帳 無・有()級 障害名		
・精神保健福祉手帳 無・有()級		
住所 調布市	電話	
在籍施設		

《 連絡先 》※連絡のつきやすい順

1 氏名	続柄()	勤務先
携帯電話		電話 ()
2 氏名	続柄()	勤務先
携帯電話		電話 ()
3 氏名	続柄()	勤務先
携帯電話		電話 ()

《 かかりつけの医療機関 》

受診機関名	受診機関名
電話 ()	電話 ()
受診科名	受診科名
担当医	担当医
受診頻度・内容	受診頻度・内容

《 常用薬 》

薬名	投与量	回数	医療機関名

《写真貼付》

お子さんの全身がわかるスナップ写真を貼ってください。

写真貼付

《生活リズム》

7:00	
8:00	
9:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	

健康状態		記入日	年	月	日	記入者	新規・更新
健康	1 平熱は何度ですか。(°C)						
	2 ひきつけを起こしたことがありますか。 無・有 (歳の頃 病名 病院名)						
	3 アレルギーはありますか。該当箇所に○をつけ、記入してください。 食物(症状) 薬品名(症状) その他(出現物質 症状)						
	4 薬や注射で具合が悪くなったことはありますか。無・有 →有の方 何歳頃、具体的にどのような症状でしたか。()						
	5 既往歴 年齢・病名・医療機関等を記入してください。						
	6 現在治療中の病気はありますか。 無・有 (病名 歳から治療中 病院名)						
	7 医師から、禁止されていることはありますか。 無・有 ()						
	8 お子さんの体質について特記事項はありますか。(例:うでが抜けやすい、鼻血が出やすい、吐きやすい等) 無・有 ()						
	9 お子さんが体調不良の時の様子、サインがあれば記入してください。(例:機嫌が悪くなる) ()						
	10 その他 上記に書ききれない事や、特記事項等を記載してください。 ()						
食事	食事について、()内に記入してください。 ・どのような食器具を使用していますか。() ・コップで水分をとることができますか はい・いいえ ・完食まで、お手伝いが必要な場面がありますか。() ・その他の注意点はありますか。 ()						
排泄	排泄について、1～3のあてはまるところに○をつけ、()内に記入してください。 1 事前に教えることができ、トイレで排尿または排便することが可能。 2 声かけ・誘導すれば、トイレで排尿・排便可能 → 声かけ・誘導は何時間おきにしますか。(時間ごと) 3 常時紙パンツ使用。 その他の注意点()						
運動	歩く、立つ、座る時、配慮してほしいことがあれば記入してください。(歩行が安定しないので、階段では必ず手をつなぐ等)						
コミュニケーション	ことば:あてはまるところに○をしてください。会話可能 二語文程度 単語程度 YES,NO の意思表示 有意語なし 理解:あてはまるところに○をしてください。問題なし 簡単な指示 名前・禁止・命令 理解が難しい その他、コミュニケーションの面での注意事項等あれば記載してください。(不明瞭だが、聞き返すと怒る 等)						
	お友達との関わりで注意点はありますか。(初めて会うお子さんには緊張しやすい、使いたいおもちゃを急に取ってしまう等)						
	大人(職員)との関わりでの注意点はありますか。(慣れてくると、興奮した時に叩いてしまう等)						
どのような遊び・おもちゃが好きですか。							
嫌いなこと、苦手なことはありますか。(大きな音が嫌い、等)							
配慮事項	1 動きの多さ、衝動性、気の散りやすさがありますか。無・有						
	2 自分を傷つけることはありますか。無・有						
	3 お友だちや大人を叩いたり噛んだりすることはありますか。無・有						
	4 こだわりや、気になる行動はありますか。無・有						
その他							