

第69回日本形成外科学会・学術集会
お子さま調査票

【記入日】 年 月 日

お子様の名前	フリガナ 男・女 (愛称:)	平熱 ℃
生年月日	西暦 年 月 日生 (満 歳 ヶ月)	
保護者様のお名前		
ご住所	〒 TEL () -	
緊急連絡先	本人との関係	連絡場所 電話番号
		() -
		() -

健康状態	今までにかかった病気	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	体質	<input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 鼻血 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※アレルギー有の方はできるだけ詳細をご記入ください <input type="checkbox"/> たまご <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 牛乳 ※その他食べられるもの(お菓子含む)、食べられないもの(お菓子含む)等、詳細に記入ください	
		乳児のみ	ミルクの種類・量 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 粉ミルク 一回の量 約 () cc
		授乳間隔	() 時間ごと
	授乳時の注意点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	離乳状況	<input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完全食	
生活習慣	食事	量 <input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 少ない 方法 <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう 偏食 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> 多い 所要時間 <input type="checkbox"/> 早い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い	
	排泄	<input type="checkbox"/> 一人ができる <input type="checkbox"/> 手助けをすればできる <input type="checkbox"/> できない	
	お昼寝	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する 時間 () 時くらいから () 時くらい	
		寝付き <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い 寝かせ方 ()	
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 一人ができる <input type="checkbox"/> 手助けをすればできる <input type="checkbox"/> できない	
	遊び	<input type="checkbox"/> 友達とあそぶ <input type="checkbox"/> 一人で遊ぶ <input type="checkbox"/> 大人と遊ぶ <input type="checkbox"/> 好きな遊び ()	
くせ	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 有 ()		
その他	集団教育の経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	性格、体質など特に伝えておきたいこと		

承諾書

上記の事実に相違ないことを承諾し、託児を利用致します。また緊急の場合(病気・怪我など)は、スタッフの判断により、適切な処置がとられることを承認致します。

保護者様ご氏名 _____ 印