

一時保育 聞き取り票

来園日： 年 月 日

児童氏名：	生年月日： 年 月 日（ 歳）	家庭での呼び名：
保護者氏名：	今日の緊急連絡先：	
	①氏名： 続柄： TEL：	
	②氏名： 続柄： TEL：	
	③氏名： 続柄： TEL：	
食事： * 今日の朝食は 食べてきた ・ 食べてこない 食べた時間： 時ころ 食べてきたもの：		
排泄： * 大便を朝しましたか？ した（良・下痢・便秘） ・ しない		
睡眠： * 朝起きた時間： 時 分ころ * 午睡しますか？ 午前 時～ 時、午後 時～ 時 * 寝るときのくせは： 有（タオルを持って、指を吸う、おしゃぶり等） ・ 無		
健康状態： * 平熱： 度 分 * ひきつけ（熱性けいれん）： 有 ・ 無 * 食物アレルギー： 有 ・ 無 食べられないもの：		
好きな遊びは？：		
今日のお迎えについて： * お迎えの時間は： 時 分ころ * どなたがきますか？ 氏名： 続柄：		
その他心配なこと		