

休日保育ご利用にあたっておたずねします

児童氏名 _____ 在籍中の保育施設名 _____

※ このアンケート用紙は、休日保育を申込みのお子さんお1人につき1枚提出してください。

■ **お子様の健康状態についてご記入下さい。**

1 アレルギー（アトピー性皮膚炎など）について

①アレルギー症状がありますか？ (あり なし⇒2へ)

②食事の制限はありますか？ (あり なし⇒2へ)

③制限されている食物を教えてください。
卵・大豆・牛乳・その他 ()

④現在、保育施設で除去食を食べていますか？ (はい いいえ)

2 ぜんそくについて

① ぜんそくの症状がありますか？ (あり なし⇒3へ)

② 運動の制限はありますか？ (あり⇒③へ なし⇒3へ)

③ 具体的にお書きください。 ()

3 下記に該当するお子さまについてご記入ください。

① 慢性の疾患（持病）がある。
疾患名 _____

② 現在継続して治療の必要な傷病がある。
傷病名 _____

③ ひきつけを起こしたことがある。 _____ 歳頃 回

★なお、休日保育では、原則として薬をお預かりいたしません。あらかじめご了承ください。

★アレルギー対応は、診断書等に基づき除去食となります。

その他お子さまの健康管理について、ご家庭から伝えておきたいことがありましたら、ご記入ください。

