

一時預かり児童調査票
Child Information Form for Temporary Childcare

Provisional Translation

記入日(西暦): 年 月 日
Date: / / (yyyy/mm/dd)

児童 Child	ふりがな Full Name in Hiragana		性別 Sex	生年月日(西暦) Date of Birth	年齢 Age	
	氏名 Full Name		☐ 男 ☐ 女 M F	年 月 日 / / (yyyy/mm/dd)	歳 ヶ月 Years Months	
	住所 Address	〒 (Postcode)		就学状況 Does your child go to any of the following facilities?		
		つくば市 Tsukuba City		☐ 未就学 ☐ 保育所(園) ☐ 幼稚園 ☐ その他 No Day care Kindergarten Other 施設名: Facility's name:		
保護者 Parent/ Guardian	ふりがな Full Name in Hiragana		続柄 Relation to the Child	電話番号 Phone	勤務先名 Workplace Name	
	氏名 Full Name					
	ふりがな Full Name in Hiragana		続柄 Relation to the Child	電話番号 Phone	勤務先名 Workplace Name	
	氏名 Full Name					
	その他の連絡先 Other contacts					
兄弟・ 姉妹 Siblings	ふりがな Full Name in Hiragana		性別 Sex	生年月日(西暦) Date of Birth	通園・通学先 School or Preschool Name	
	氏名 Full Name		☐ 男 ☐ 女 M F	年 月 日 / / (yyyy/mm/dd)		
	ふりがな Full Name in Hiragana		性別 Sex	生年月日(西暦) Date of Birth	通園・通学先 School or Preschool Name	
	氏名 Full Name		☐ 男 ☐ 女 M F	年 月 日 / / (yyyy/mm/dd)		
	ふりがな Full Name in Hiragana		性別 Sex	生年月日(西暦) Date of Birth	通園・通学先 School or Preschool Name	
	氏名 Full Name		☐ 男 ☐ 女 M F	年 月 日 / / (yyyy/mm/dd)		
睡眠 Sleeping Pattern	お昼寝 Does your child usually take a nap?	☐ する (: ~ : 頃) Yes (From : to :) ☐ しない No				
	寝つき How well does your child fall asleep?	☐ 良い ☐ 普通 ☐ 悪い Good Average Poor		目覚め How is your child when waking up?	☐ 良い ☐ 普通 ☐ 悪い Good Average Poor	
	寝るときの 習慣・好み Other sleeping habits and/or preferences	(ある場合はご記入ください) If there is anything else, please specify.				
食事 Eating habits	食事の様子 How does your child eat?	☐ 一人で食べられる (その場合 : ☐ 手づかみ ☐ スプーン・フォーク ☐ 箸) Eats independently (using their: hands spoon or folk chopsticks) ☐ 手伝いが必要 ☐ 食べさせてもらう必要がある Needs some assistance Needs to be fed				
健康 Health	平熱 Normal Body Temperature	℃	かかりつけの病院名 Regular hospital/clinic			
	予防接種 Vaccinations	一度でも接種したことがある場合は、チェックしてください。 Check the box(es) if your child has received any of the following vaccines (even once). ☐ 五種混合(四種混合+ヒブ) ☐ 四種混合+ヒブ ☐ BCG(結核) Pentavalent (DPT-IPV + Hib) DPT-IPV + Hib BCG ☐ ロタウイルス(胃腸炎) ☐ 麻しん・風しん(MR) ☐ 水ぼうそう(水痘) Rotavirus MR (Measles & Rubella) Varicella (Chickenpox) ☐ おたふくかぜ(流行性耳下腺炎) ☐ 日本脳炎 ☐ B型肝炎 Mumps Japanese Encephalitis Hepatitis B				
	熱性けいれん Does your child have any allergies?	☐ あり(体温: ℃、いつ頃: 、その後の経過:) Yes (Temperature: ℃ / When: / Conditions after the seizure:) ☐ なし No				
	アレルギー Does your child have any allergies?	☐ あり (以下の該当するものをチェックしてください) Yes (Check all that apply.) ☐ 鶏卵 ☐ 牛乳 ☐ 小麦 ☐ 花粉(スギ、ヒノキ等) Eggs Milk Wheat Pollen (ceder, cypress, or other) ☐ ダニ ☐ ハウスダスト ☐ その他 () Dust mites House dust Other ☐ なし No			検査の有無 Allergy Testing	☐ 検査済み Tested ☐ 未検査 Not tested
	基礎疾患や 健康上の注意点 Underlying Medical Conditions / Health Concerns	☐ 喘息 ☐ アトピー性皮膚炎 Asthma Atopic dermatitis (eczema) ☐ 脱臼しやすい(脱臼癖がある) Prone to dislocation (history of dislocations) ☐ その他 () Other		常時服用している薬 Medications Taken Regularly		
その他 Other	好きな遊び・おもちゃ Favorite activities/toys					
	特記事項 Notes					