

あなたの ひやりとしたけど はっとしたけど 大丈夫だった時のこと を教えてください

※センターで検討するデータであり個人を追及するものではないのでありのままに記入して下さい
 郵送・FAX:042-348-1781・サロン

例えば * (転倒 打撲・擦り傷・切り傷 子ども 3歳女児 保育園のお迎え)
 路上を歩いていたとき子どもがつまづいて転びそうになったが手をつないでいたので大丈夫だった。転んでいたら擦り傷ぐらいにはなったと思う。顔でもけがしたら大変だった。

* (アレルギー) 子ども(アレルギー無し)がお菓子を食べたいと言ってきたが、母親との打合せではおやつの話はなかったので「ママに聞いてないからあげられない」といった。引渡しの時話して次回からは用意してくれることになった。

1枚1件でお願いします	発生 年 月 日(いつごろ)	※ <input type="checkbox"/> にチェック ()内は記入
子どもの年齢	歳 ヵ月 または 学年	子どもの性別 <input type="checkbox"/> 男児 <input type="checkbox"/> 女児
大丈夫だったけど ⇒ こんなことが起きそうだった または こんなことが起きた		
<input type="checkbox"/> 飛出し <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 落下 <input type="checkbox"/> 衝突 <input type="checkbox"/> 触る <input type="checkbox"/> 誤飲 <input type="checkbox"/> 叩く <input type="checkbox"/> 咬みつき <input type="checkbox"/> 戸挟み <input type="checkbox"/> その他()		
こんなケガにつながりそうだった または こんな小さなケガですんだ <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 擦り傷 <input type="checkbox"/> 切り傷 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 無傷 <input type="checkbox"/> その他()		
その原因になった事・物 (複数選択)		
<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> ベビーカー <input type="checkbox"/> 遊具 <input type="checkbox"/> 玩具 <input type="checkbox"/> カギ <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> お金 <input type="checkbox"/> 生き物 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> うっかり() <input type="checkbox"/> 子どもの行動 ⇒ <input type="checkbox"/> 暴れる <input type="checkbox"/> 制止を振り切って走る <input type="checkbox"/> きょうだいげんか <input type="checkbox"/> その他()		
発生した場所 <input type="checkbox"/> 利用会員宅 <input type="checkbox"/> 提供会員宅 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 公園等の屋外 <input type="checkbox"/> 学校・保育園等 <input type="checkbox"/> その他()		
発生した時間 <input type="checkbox"/> 送迎中(朝・夕) <input type="checkbox"/> 食事中(朝・昼・おやつ・夜) <input type="checkbox"/> 時ごろ <input type="checkbox"/> 不明・忘れた <input type="checkbox"/> その他()		
体調の悪化があった <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 鼻血 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> その他()		
活動上のミス <input type="checkbox"/> 活動忘れ <input type="checkbox"/> 時間間違い <input type="checkbox"/> 確認なしで活動 <input type="checkbox"/> 左記の経験がある 原因は何だと思えますか <input type="checkbox"/> 原因・対策()		
自由記入		
(裏面も使ってください)		氏 名 _____

あなたの 嬉しかったこと 楽しかったこと 達成感を感じたときのこと を教えてください

例えば 活動中にあったほっこりするようなお子さんのことばや 保護者の方との交流など
ちょっとお披露目したいな と思うようなことを 自由に書いてみてください

自由記入欄

表に書ききれなかったこと・ファミサポへの質問やご意見などにご利用ください