足立区こどもショートステイ (施設型) 児童票

記入日・・・令和 年 月 日							記入者・・・				(続柄)					
関係福祉機関																
担当	≝ (CW	等)						†	世帯	生活保護・非課種					の他	
フリガナ 児童名							(男・	女)	身長			ст	体重			kg
生年	月日		平成	年	月			日	(才	才 ケ					
住	所										連	絡先				
	北園また 園・就学		() =	ト・幼	• 保	- 小	学	年・扌	担任				
AYL P	4 4/6	, , ,	É	立•一	部介具	助・全分			使う	もの	: フ	オーク	ス	プーン	・はし	/
		事にって	〈まだ食べた事がない物>													
生活について			とば・生卵・半熟卵・青魚・山芋・生もの(マグロ、サーモン、生たらこ)・その他 ()													
	(美)し		<その他・・・嗜好について等>													
	排泄に 関して		自立	自立・オムツ・トイレトレーニング中 排便 日/ 回												
			夜尿	夜尿 無・有												
	入浴		自立	自立・一部補助・補助が必要 (異性介助を承諾します: 承諾・不可)												
6-4-	平	熱		かかりつけ医 () 病院・医院 電話 ()												
	児童病歴		今主	でかかっ	った垢	第	□麻	疹	□風疹	· 🗆	水痘		発性発疹		きたふく:	かぜ
			7.6		<i>> 1</i> C //	17/(□百日咳 □喘息性気管支炎 □その他()									
				手術歴 □無 □有 ()												
	予防接種歴		Hib(1回目 2回目 3回目 追加) 小児肺炎球菌(1回目 2回目 3回目 追加)													
健康			B型肝炎(1回目 2回目 追加) ロタ(1回目 2回目 3回目)													
につ			四種混合(1期1回目 2回目 3回目 追加 2期) BCG MR(1期 2期)													
いて			水痘(1回目 2回目) 日本脳炎(Ⅰ期 1回目 2回目 追加 Ⅱ 期)													
			その他	1 ()	
	ひきつけ		無・	・有(い	つ	才頃		口	最很	後は		年	月片	頁)		
			予防	方薬	無•	有	(薬名	1)		
	使用中の薬		無・	• 有 ()		
		の他														
1	他児との関わり															
コミュニケーション																
	職員と	この関わ	つり (学)	校等・第	長団の	中での	様子)									

	アレルギー 無・有 / 食物・その他()			
アレルギーについて		アレルギー対象	象	症 状			対	応	注意していること				
	例)	卵白		顔から始まって全身 に湿疹がひろがる			スキンロ ノをぬる	ローショ)	つなぎも含めて完全除去				
	疾病・	障がい	無・有	診断名	<u>'</u> (ı)						
障がい・疾	有の方のみ・・・お子さんの通い先(学校等)に様子をお聞きすることを承諾されますか? はい・いいえ												
	1. 医病	寮的な援助(投	薬等) オ	が必要ですか		いいえ 内容 はい							
	2. 発化	 乍·パニックは	起こし	たことが	しい		①兆候						
)ますか			はい		②行動						
病に							③対応						
つい													
て	3. 配原	憲事項	Ē	飛び出し		無・有内容							
				その他									
好き	なこと	(遊びや得意だ	なことが	など)		嫌いなこと(苦手なことなど)							
気を	つける	こと											
		氏名		続柄	年	齢 氏名			ή	年齢			
家族欄													
欄													
			名	<u> </u>		_ 							
			H			UI 1		是相儿					
緊急連絡先				続	続柄		連絡先						
			氏		1								
更新日			ご更記入欄 アルフェ	更		新日		投薬等の変更記入欄					
/					/								
	/					/							

お子様の体調不良等でお迎えをお願いする場合があります。その際は必ずお迎えに来てください。 以上のことを承諾し、利用します。 氏名 印