

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）								
フリガナ 児童名		(男・女)	身長		体重			
			cm			kg		
生年月日	平成 年 月 日（才 ヶ月）							
住所					連絡先			
未就園または 就園・就学先	() 未・幼・保・小			学年・担任				
生活 について	食事に に関して	自立・一部介助・全介助		使うもの： フォーク ・ スプーン ・ はし				
		<まだ食べた事がない物> 当てはまる場合は、丸で囲んでください。 ・そば・生卵・半熟卵・青魚・山芋・生もの（マグロ、サーモン、生たらこ）・マヨネーズ・アイス ・その他（ ）						
		<その他・・・好きな食べ物等>						
	排泄に に関して	自立・オムツ・トイレトレーニング中		排便	日/ 回			
		夜尿	無・有					
入浴	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）							
健康 について	平 熱	℃	かかりつけ医	() 病院・医院 電話 ()				
	児童病歴	今までかかった病気		☐ 麻疹 ☐ 風疹 ☐ 水痘 ☐ 突発性発疹 ☐ おたふくかぜ ☐ 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)						
		B型肝炎(1回目 2回目 追加) ロタ(1回目 2回目 3回目)						
		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)						
		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()							
	ひきつけ	無・有(いつ 才頃 回 最後は 年 月頃)						
		予防薬 無・有 (薬名)						
使用中の薬	無・有 ()							
その他								
コミュニケーション	他児との関わり							
	職員との関わり(学校等・集団の中での様子)							

裏面につづく

アレルギーについて	アレルギー	無・有 / 食物・その他（ ）						
	アレルギー対象		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	スキンローションをぬる	つながりも含めて完全除去			
障がい・疾病について	疾病・障がい	無・有		診断名（ ）				
	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. 医療的な援助(投薬等)が必要ですか		いいえ はい	内容				
	2. 発作・パニックは起こしたことがありますか		いいえ はい	①兆候				
				②行動				
				③対応				
3. 配慮事項	飛び出し		無・有	内容				
	その他							
好きなこと(遊びや得意なことなど)				嫌いなこと(苦手なことなど)				
気をつけること								
家族欄	氏名		続柄	年齢	氏名		続柄	年齢
緊急連絡先	氏名			続柄	連絡先			
	氏名			続柄	連絡先			