

足立区子どもトワイライトステイ (施設型) 児童票

記入日	年 月 日	記入者	(続柄)			
フリガナ 児童名		(男・女) 身長	cm	体重	kg	
生年月日	年 月 日 (才 ヶ月)					
住所	〒 東京都足立区 電話 ()					
小学校	() 小学校 年 組		学童保育室等			
生活 について	食事量	多い・普通・少ない				
	おやつ	何時頃 ()		どんなものを ()		
	食事に 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 そば・卵・青魚・生もの・その他 ()				
		その他・・・嗜好について等				
	排泄に 関して	排便 日/ 回 (時頃)				
くせ等						
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		<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> その他()		
		手術歴		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
	予防接種歴	BCG・ポリオ・三種混合 (I期 1回目 2回目 3回目 追加)・麻疹・風疹				
		ヒブ(初回1回目 2回目 3回目 追加) 小児肺炎球菌(初回1回目 2回目 3回目 追加)				
		B型肝炎(1回目 2回目 追加) 四種混合 (I期 1回目 2回目 3回目 追加 II期)				
		水痘(1回目 2回目) MR (1期 2期) 日本脳炎 (I期 1回目 2回目 追加 II期)				
ひきつけ	その他 ()					
	無・有 (いつ 才頃 回 最後は 年 月頃)					
使用中の薬	予防薬 無・有 (薬名)					
その他	無・有 ()					
コミュニケーション	I 他児との関わり					
	II 職員との関わり (学校等・集団の中での様子)					
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	つなぎも含めて完全除去		

様式第1号別紙（第9条関係）

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
					連絡順位	
緊急連絡先	氏名	続柄 ()				
	住所	電話 ()				
	氏名	続柄 ()				
	住所	電話 ()				

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