子育て支援ショートステイ　健康カード

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者氏名 | （ふりがな） | （児童との続柄） | 記入日 | 　　年　　月　　日 |
| 児童 | 氏名 | （ふりがな） | （家庭での呼び名） | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 　　　年　　月　　日 | 歳 | 所属 | 　　　　　　　　　　　学校・幼稚園・保育園 |
| 学年・クラス | 　　　年　　組 | 学童ｸﾗﾌﾞ名 | 　　　　　　　　　　　　学童ｸﾗﾌﾞ |
| 利用期間中の連絡先 | ①（児童との続柄　　　　　） | 電話 | 勤務先　　　　　　-　　　　-　　　　自宅　　　　　　　-　　　　-　　　　携帯　　　　　　　-　　　　-　　　　 |
| ②（児童との続柄　　　　　） | 電話 | 勤務先　　　　　　-　　　　-　　　　自宅　　　　　　　-　　　　-　　　　携帯　　　　　　　-　　　　-　　　　 |

※６か月以内にショートステイを利用し、内容に変更が無い場合、以下の記入は不要です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 生活状況 | 食事 | □自立　　□要介助（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ｱﾚﾙｷﾞｰ食物 | □無　　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| トイレ | □自立　　□オムツ　　□トレーニング中（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 夜尿 | □無　　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 睡眠 | 起床時間 | 　　　時　　　分 | 就寝時間 | 　　　時　　　分 |
| 昼寝 | □無　　□有（　　　　時から　　　　時まで） |
| その他 |  |
| 健康状態 | 平熱 | ℃ |  |
| ひきつけ | □無　　□有（　　　歳　　ヵ月　　　回　／　最後は　　　年　　月頃） |
| 既往症 | □無　　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ｱﾚﾙｷﾞｰ症状 | □無　　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| かかりつけ医 | □無　　□有（病院等名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （主治医：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 通院 | □無　　□有（病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服薬持参 | □無　　□有（服薬名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 |  |
| 性格について |  |
| 好き（得意）なことや嫌い（苦手）なこと等 |  |
| 施設につたえておきたいこと等 |  |