

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		学童クラブ名	学童クラブ		
利用期間中の連絡先		①		電話	勤務先	-	-
		(児童との続柄)			自宅	-	-
		②		電話	勤務先	-	-
		(児童との続柄)			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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 ()					
	アレルギー食物	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
	トイレ	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トレーニング中 ()					
	夜尿	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
	睡眠	起床時間	時	分	就寝時間	時	分
	昼寝	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (時から 時まで)					
	その他						
健康状態	平熱	℃					
	ひきつけ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (歳 ヲ月 回 / 最後は 年 月頃)					
	既往症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
	アレルギー症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
	かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病院等名)					
		(主治医:)					
	通院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名)					
	服薬持参	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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							