（ナザレットの家　・　聖ヨゼフホーム）

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・保育園等） | 　　　　　　　　　　　　　（　　年） |
| 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　　　　　　　-　　　　-　　　　 |

※内容に変更が無い場合、以下の記入は不要です。

＊当日の健康状態に変化があった場合は、必ず施設にお伝えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 生活状況 | 食事 | □一人でできる（はし、スプーン）　□要介助　 |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在通院中 | □無　　□有（病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 持参薬 | □無　　□有　　　**※別紙服薬支援依頼書を提出してください。** |
| その他 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※予防接種を受けた項目に○をしてください。 |  |  |  |
| **三種混合** |  |  | 第1期（1回・2回・3回・追加）・第2期（1回 | **ロタウイルス** | 1回・2回・（3回） |
| **ポリオ** |  |  | 1回・2回 | 　 | 　 | 　 | **BCG** |  | 1回 |
| **インフルエンザ菌b型（hib** | 1回・2回・3回・追加 | 　 | 　 | **麻しん・風しん** | 第1期（1回）第2期（2回） |
| **四種混合** |  |  | 第1期（1回・2回・3回・追加）第2期（1回） | **水痘** |  | 1回・2回 |
| **五種混合** |  |  | 第1期（1回・2回・3回・追加）第2期（1回） | **日本脳炎** | 第1期（１回・２回追加）第2期（1回） |
| **小児肺炎球菌** |  | 1回・2回・3回・追加 | 　 | 　 | **おたふくかぜ** | 1回・2回かかった（　歳　か月頃） |
| **B型肝炎** |  |  | 1回・2回・3回 | 　 | 　 | 　 | **インフルエンザ** | 1回（2回） |