

子育て支援ショートステイ健康カード

記入者		(ふりがな)		(児童との続柄)		記入日	年 月 日
児童	氏名	(ふりがな)		(ご家庭での呼び名)		性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	歳	所属	未就園 ・	学校 幼稚園 保育園	
	学年・クラス	年 組		学童クラブ名	学童		
利用期間中の 緊急連絡先		①		勤務先	—	—	
		(児童との続柄)		電話 自宅	—	—	
		②		勤務先	—	—	
		(児童との続柄)		電話 自宅	—	—	
				携帯	—	—	
				電話 自宅	—	—	
				携帯	—	—	

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

生活状況	1. 食事 自立・要介助 ( ) 2. アレルギー食物 無・有 ( ) 3. 排泄 自立・オムツ・トイレトレーニング中 4. 夜尿 無・有 ( ) 5. 睡眠 起床時間: _____ 時 / 就寝時間: _____ 時 6. 昼寝 無・有 ( _____ 時 ~ _____ 時 おおよそ _____ 時間 ) 7. その他留意事項 [ ]
健康状態	1. 平熱 _____ °C 2. ひきつけ 無・有 ( いつ: _____ 歳頃 回 / 最後は _____ 年 月頃 ) 3. 既往歴 無・有 ( ) 4. アレルギー症状 無・有 ( ) 5. かかりつけ医 無・有 ( 病院等名: _____ ) ( 主治医: _____ ) 6. 現在通院中 無・有 ( 病名: _____ ) 7. 服薬持参 無・有 ( 服薬名: _____ ) ※持参した薬は、施設職員に直接預けてください。 8. その他留意事項 [ ]
性格について	
好き(得意)なことや嫌い(苦手)なこと等	
施設に伝えておきたいこと等	