

子どもショートステイ事業 子どもに関する補助資料

面談日	
更新	

初回利用日 年 月 日

ふりがな		生年月日	(歳 月)
児童氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	呼び名	

■食事の様子

普段の食事の時間	朝食	時頃	昼食	時頃	夕食	時頃
好きなもの					食事にかかる時間と摂取量	分
嫌いなもの					<input type="checkbox"/> 多め <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少なめ	
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()					
摂取可能な食品	<input type="checkbox"/> 牛乳	<input type="checkbox"/> チーズ	<input type="checkbox"/> ヨーグルト	<input type="checkbox"/> 生クリーム	<input type="checkbox"/> たまご	
	<input type="checkbox"/> エビ	<input type="checkbox"/> カニ	<input type="checkbox"/> キウイ	<input type="checkbox"/> バター	<input type="checkbox"/> そば	
食べ方	<input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 箸 (その他)					
	<input type="checkbox"/> 一人で食べる <input type="checkbox"/> 部分的に介助が必要 ()					
食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> やわらか <input type="checkbox"/> ペースト ()					
食べる時の様子や伝えておきたいこと						

■健康について

現在の体重	kg	かかりつけの医療機関	
出生までの状況	妊娠異常	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	()
	分娩異常	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	()
現在かかっている病気	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	病名・治療	()
		服薬内容等	()
かかりやすい病気	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		()
平熱	℃		
病歴	けいれん	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	けいれん時の状態等 ()
	今までにかかった病気	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <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"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		()
予防接種	<input type="checkbox"/> 四種混合 (<input type="checkbox"/> 三種混合 <input type="checkbox"/> ポリオ) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ (月) <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> A型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> その他 ()		
通園・通学先または家族で流行している病気	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		()

■睡眠・入浴・排泄・着脱

睡眠時間	昼寝	時 分 ~ 時 分	夜間	時 分 ~ 時 分	寝る時の様子、寝かせ方
寝つき	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い	寝起き	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い		
入浴	<input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> 嫌い	入浴・洗髪・洗足の配慮点			
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> トレーニング中 ()				
	<input type="checkbox"/> 大人用トイレ <input type="checkbox"/> 幼児用補助便座 <input type="checkbox"/> おまる <input type="checkbox"/> その他 ()				
	排便頻度と便性 ()				
着脱	<input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 自分でできる				
歯磨きの仕方					

*裏面もご記入ください

■子どもの様子	
ことば	<input type="checkbox"/> 一語文 <input type="checkbox"/> 二語文～ <input type="checkbox"/> 会話のやりとりができる
好きな遊び	
性 格	
くせ、こだわり	

■その他特記事項 伝えておきたいこと（持ち物のこと やしてほしくない遊び など）

■送迎方法について（保育施設、小学校等への送迎サービスを利用する場合はご記入ください）			
送	保育施設、小学校等へ児童を送る際に必要な内容をご記入ください。		
施設名称		所在地	
クラス名称		担任氏名	
詳細情報	※施設の入口や入所の方法、施設内の経路、児童の引渡し方法や必要な仕度等、具体的にご記入ください。		
迎	保育施設、小学校等へ児童をお迎えに行く際に必要な内容をご記入ください。		
施設名称		所在地	
クラス名称		担任氏名	
詳細情報	※施設の入口や入所の方法、施設内の経路、児童の引受け方法や持ち帰る荷物等、具体的にご記入ください。		

* 送迎先が同一施設の場合で、記載内容が重複する内容は、どちらか一方にご記入いただければ結構です。