

ショートステイ 子どもに関する補助資料

令和3年7月 改定版

記入日	令和	年	月	日	記入者名
利用予定日	令和	年	月	日 ~ 月	

**氏名**  
ふりがな

呼び方( )

生年月日 平成・令和 年 月 日 ( 歳 ヶ月)

性別  男  女

**食事・食事のようす**

ミルク  母乳  混合  人工乳(メーカー: ) 明治ほほえみ  摂取  未摂取

1回  2回  3回 (  離乳食 ・  普通食 )

1回量: cc

おおよそのミルクの時間:

離乳食  
普通食

離乳食の内容と食事時間:

量:

好きなもの

嫌いなもの

アレルギー  有  無  
※ 有 の方は【別紙①】にご記入ください

食べる時の様子:

摂取可能な食品  牛乳  チーズ  ヨーグルト  生クリーム  卵  
 エビ・カニ  キウイ  バター

**子どもの健康について**

出生までの妊娠の異常  無  有 ( ) 分娩異常  無  有 ( )

状況 出生時状況 ( ) 在胎期間 週 日 出生時の体重 g

健康状況 現在かかっている病気 ( ) 治療/服薬内容等 ( )

医療状況 主治医/病院 ( ) かかりやすい病気 ( )

けいれん  無  有 ※有 の方は【別紙②】にご記入ください

今までにかかった病気  麻疹  風疹  水痘  突発性発疹  おたふくかぜ  百日咳  
病歴  喘息性気管支炎 ※喘息の既往がある方は【別紙③】にご記入下さい  その他 ( )

手術歴  無  有 ( )

予防接種  B型肝炎 ( )  ロタウイルス ( )  BCG ( )  ヒブ ( )  肺炎球菌 ( )  
 四種混合 ( )  おたふくかぜ ( )  インフルエンザ ( )  MR ( )  
 水痘 ( )  日本脳炎 ( )  A型肝炎 ( )  その他 ( )

現在の体重 g 保育園、子ども園、幼稚園等の通園先の園名 ( )  通園していない  
通園先や近所で流行している病気  なし  あり ( )

**睡眠・入浴・排泄・着脱**

睡眠時間 昼寝 ~ 寝る時の様子、寝かせ方  
夜間 ~ 朝

寝つき  良い  悪い 寝起き  良い  悪い

入浴  沐浴  入浴  好き  嫌い 洗髪の仕方 ( )

排泄 用法  オムツ (  布  紙 )  トイレ  
排便頻度と便性 ( )  介助  自立  トレーニング中 ( )

着脱  要介助  半介助  自分で行える

歯磨きの仕方 ( )

**子どもの様子**

ことば  まだでない  一語文  二語文  会話のやりとりができる

好きな遊び、性格

くせ、こだわり

緊急時の連絡先 例 090-1234-5678(父) \* 電話番号及びお子様との関係をご記入下さい

①第一連絡先 ②第二連絡先

その他特記事項 \* 書ききれない事柄は裏面もしくは別紙にご記入下さい

# 補助資料【別紙①】

## 【食物アレルギーがある方へ】

下記情報は、ショートステイでお子さんをお預かりする際に必要な情報です。  
ご記入をお願いします。

記入日 令和 年 月 日

お子さんの氏名 \_\_\_\_\_

何の食物アレルギーですか。	
何をどの程度食べて症状が出ましたか。	
どのような症状が出ましたか。 例：体の●●に発疹が出た	
アナフィラキシー症状(呼吸困難や意識障害など命に関わる症状)は出ましたか。	出た ・ 出ていない ※どちらかに○
エピペン(体重15kg以上)を常備していますか。	常備している ・ 常備していない ※どちらかに○
小麦粉アレルギーの場合 醤油などの調味料は摂取できますか。	摂取できる ・ 摂取できない ※どちらかに○
卵アレルギーの場合 加熱した卵は食べられますか。	加熱した卵は 食べられる ・ 食べられない ※どちらかに○  ※食べられる場合、制限がある方は1日に食べられる分量・白身のみ食べれる・黄味のみ食べれる 等の詳細を下記にご記入下さい。
つなぎは食べられますか。	つなぎは 食べられる ・ 食べられない ※どちらかに○
マヨネーズは食べられますか。	マヨネーズは 食べられる ・ 食べられない ※どちらかに○
クッキー・ボーロ・ビスケットなどお菓子類は食べられますか。	お菓子類は 食べられる ・ 食べられない ※どちらかに○
甲殻類アレルギーの場合 工場での製造過程で含まれている場合のお菓子類は食べられますか。	お菓子類は 食べられる ・ 食べられない ※どちらかに○
現在、治療中ですか。	治療中 ・ 治療していない ※どちらかに○
食物アレルギーに対して薬を飲んでいますか。	飲んでいる ・ 飲んでいない ※どちらかに○  飲んでいる場合、薬の名前： _____

# 補助資料【別紙②】

## 【てんかん や けいれん の既往がある方へ】

下記情報は、ショートステイでお子さんをお預かりする際に必要な情報です。  
ご記入をお願いします。

記入日 令和 年 月 日

お子さんの氏名 \_\_\_\_\_

最終発作はいつですか。	平成 ・ 令和 年 月 日 ※どちらかに○
病院で診断を受けましたか。	受けた ・ 受けていない ※どちらかに○ 受けた場合、診断名: _____
抗てんかん薬を飲んでますか。	飲んでいる ・ 飲んでいない ※どちらかに○ 飲んでいる場合、 薬の名前: _____
何が原因のけいれんですか。 例: 熱性けいれん	
どのような発作が起きましたか。 例: 体の動き・意識がない・ 呼吸が止まる	
熱性けいれんの場合、体温は何度 で発作が起きましたか。	・ °C
発作は何分くらい続きましたか。	分
発作時はどのように対応しまし たか。	
感染症で誘発されますか。	誘発される ・ 誘発されない ※どちらかに○
発作が起きた場合は、ご連絡させて いただきます。連絡後、どの位で 迎えに来れますか。	分

# 補助資料【別紙③】

## 【喘息 の既往がある方へ】

下記情報は、ショートステイでお子さんをお預かりする際に必要な情報です。  
ご記入をお願いします。

記入日 令和 年 月 日

お子さんの氏名 \_\_\_\_\_

現在、内服薬(予防薬)を飲んで いますか。	飲んでいない ・ 飲んでいない ※どちらかに○  飲んでいない場合、 薬の名前: _____  服薬の方法: _____
最終発作はいつですか。	平成 ・ 令和 年 月 日 ※どちらかに○
どのような、どの程度の発作が 起きますか。 例:ケンケンとかすれそうな咳、 ゼーゼー、ヒューヒュー、 会話が出来ない、歩けない	
発作時はどのように対応していま すか。 とんぷく薬・吸入・シールなど医師の 指示はありますか。	
発作が起きた場合は、ご連絡させて いただきます。連絡後、どの位で 迎えに来れますか。	分