品川区立家庭あんしんセンター

**トワイライトステイ・子どもショートステイ　　　児童票**

※利用されるお子さんの状況を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記　入  年月日 | 年　　月　　日 | 申込保護者氏　名 |  | | | | | | 続柄 |  |
| ふりがな |  | | | | | 男  女 | 年齢 | 年　　月　　日生  　　（　　歳） | | |
| お子さんの名前 |  | | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | FAX |  | | | | | |
| 学　校  保育園等 | 保育園　・　幼稚園　・　小学校 | | | | | | | | | |
| 年　　　　　　　　　　　組　　　　担任　　　　　先生 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者　・　家族欄 | ふりがな  氏　　名 | | | | 続柄 | 年齢 | 職業 | | | 勤務先（名称・所在地・電話等） | |
|  | | | |  |  |  | | |  | |
|  | | | |
|  | | | |  |  |  | | |  | |
|  | | | |
|  | | | |  |  |  | | |  | |
|  | | | |
|  | | | |  |  |  | | |  | |
|  | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |
| 緊急連絡先 | | | 氏　名 | | | | | お子さんとの関係 | | | 電話番号 |
| 第一連絡先 | | |  | | | | |  | | |  |
| 第二連絡先 | | |  | | | | |  | | |  |
| 第三連絡先 | | |  | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| お子さんの健康状態 | 平　熱　　　　　　　　　　　　　．　　　℃  今までに一番高い熱は　　　　　　．　　　℃ | | | | | | | | 血液型　　　　　　　　　　　　　　　型 | | |
| 下痢をしやすいですか？　　　　　Yes　・　No | | | | | | | | 発熱しやすいですか？　　　　　Yes　・　No | | |
| 食物アレルギーはありますか？　Yes　・　No　⇒（卵・乳・小麦・そば・落花生・えび・かに・クルミ）  　　　　　　　　　　　　　　　　 　その他　⇒（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  学校や園で除去食を食べていますか？　　　Yes　・　No  食物以外のアレルギーはありますか？　　Yesの場合⇒アレルゲン（　　　　　　　　　　　　　）  ※食物アレルギーのあるお子さんに関しては直接職員へお声掛けください。 | | | | | | | | | | |
| 入院したことがありますか？　Yes ・ No ⇒ 病　名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  いつ頃（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 病気や障害はありますか？　　Yes ・ NO ⇒　診断名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 毎日服用している薬はありますか？  Yes ・ No ⇒　お 薬 名 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  病 名 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  かかりつけの病 院 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 既往症は？  ⇒ (はしか　　歳 ・ 水ぼうそう　　歳 ・ 風しん　　歳 ・ おたふく　　歳 ・ 他　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 予防接種は受けましたか？  ⇒ (四種混合　・　ＭＲ麻しん風しん　・　　ＢＣＧ　・　他　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| その他健康上のことで気をつけていることがあれば記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 睡　眠 | 起床時間　　　時ごろ　・　就寝時間　　　時ごろ | | | | | | | | | 平均睡眠時間　　　　　　時間 |
| 食　事 | 好きな食べ物は？（　　　　　）　　　嫌いな食べ物は？（　　　　　　　　）  食べる量（　多い　・　普通　・　少ない　） | | | | | | | | | |
| 排泄 | 排便は毎日ありますか？ 　⇒　Yes　・　No　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  便秘をしやすいですか？　 ⇒　Yes　・　No　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  就寝中は　⇒　パンツ　・　紙おむつ　・　おねしょシーツ | | | | | | | | | |
| 車酔いはしやすいですか？　⇒　No 　・　Yes（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| お子さんの状況 | どんな遊びが好きですか？　　⇒（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| お子さんとの関わりで気をつけていることがあれば記入してください。 | | | | | | | | | | |
| その他 | | | |  | | | | | | | |