品川区子育て支援センター

**ショートステイ・トワイライトステイ　　　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 |
| 食物以外のアレルギーはありますか？　　Yes　・　No　⇒　アレルゲン（　　　　　　　　　　） |
| 入院したことがありますか？　Yes ・ No ⇒ 病　名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）いつ頃（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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？⇒ (ＤＰＴ三種混合　・　ＭＲ麻しん風しん　・　ポリオ　・　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 |  |