ショートステイ利用児童の状況記入票（事前確認事項）

記入日：令和　　年　　月　　日

ふりがな		性別	年齢
利用児童氏名		男・女	才

○児童の状況を教えてください。

NO.	確　認　事　項	回答　いずれかに○	
1	現在、何か病気にかかっていますか。	はい	いいえ
	病名（		
	医療機関名（　　TEL　　）		
	治療（投薬）を受けていますか。	はい	いいえ
	種類（		
	投薬方法（		
2	平熱は何度ですか。（　　℃）		
3	熱性痙攣を起こした事がありますか。	はい	いいえ
	過去に何回程起こしましたか。（　　回）		
	薬は持っていますか。	はい	いいえ
4	アレルギーはありますか。	はい	いいえ
	内容・症状（		
5	夜尿はしますか。	はい	いいえ
6	衣類の洗濯はこちらでしても宜しいですか。	はい	いいえ
7	食事はお箸、フォーク、スプーン何を使いますか。	（　　）	
8	右利きですか、左利きですか。	右	左
9	食べ物で控えている物はありますか。	はい	いいえ
	食品名（		

○児童の通園・通学先のことについて記入してください。

施設(学校)名		クラス名（担任名）	（　　）

○児童の家庭での生活日課を教えてください。

起床（　：　）	
朝食（　：　）	
昼食（　：　）	
夕食（　：　）	
就寝（　：　）	

○その他、特に気を付けてほしい事柄があれば記入してください。

欄が足りない場合は裏面に記載

（裏面）

特に気を付けてほしい事柄など（表面の続き）