

# 鹿児島市子育て短期支援事業 児童資料

氏名・住所・連絡先等	
ふりがな 児童	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生年月日      年      月      日      歳
学校・保育所等	
ふりがな 保護者氏名	続柄(      )      連絡先(      )
住所	

現在の体調(当てはまるものにすべて☑してください。)
<input type="checkbox"/> 発熱      度
<input type="checkbox"/> 体調不良 (内容:      )
<input type="checkbox"/> 家族の体調不良 (内容:      )
<input type="checkbox"/> 感染症 (内容:      )
<input type="checkbox"/> 家族の感染症 (内容:      )
<input type="checkbox"/> 上記すべて該当なし

健康面について(当てはまるものすべてに☑してください。)	
<input type="checkbox"/> かぜをひきやすい	<input type="checkbox"/> 下痢をしやすい
<input type="checkbox"/> 便秘をしやすい	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎
<input type="checkbox"/> 中耳炎	
<input type="checkbox"/> 最近かかった病気 (      )	

普段の様子
平熱      度
食事
はし・スプーン <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 介助不要
コップを持って <input type="checkbox"/> 飲める <input type="checkbox"/> 飲めない
好きな食べ物(      )
嫌いな食べ物(      )
特に注意すること(      )

お薬や治療中の病気
治療中の病気
<input type="checkbox"/> あり(      ) <input type="checkbox"/> なし
服薬
<input type="checkbox"/> あり(      ) <input type="checkbox"/> なし

排泄
排尿(自分で) <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
排便(自分で) <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
便の回数      1日      回      時ごろ
夜尿 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
特に注意すること(      )

アレルギーについて教えてください。
食物アレルギー
<input type="checkbox"/> あり(      ) <input type="checkbox"/> なし
家族の食物アレルギー
<input type="checkbox"/> あり(      ) <input type="checkbox"/> なし
その他アレルギー
<input type="checkbox"/> あり(      ) <input type="checkbox"/> なし
家族のその他のアレルギー
<input type="checkbox"/> あり(      ) <input type="checkbox"/> なし

睡眠
起床      時ごろ
寝起き <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い
昼寝 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
就寝      時ごろ
寝つき <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い
夜泣き <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
特に注意すること(      )

予防接種	
<input type="checkbox"/> ロタウィルス	<input type="checkbox"/> BCG(結核)
<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合
<input type="checkbox"/> ヒブ	<input type="checkbox"/> 水痘
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 日本脳炎
<input type="checkbox"/> 4種混合(DPT-IPV)	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ
<input type="checkbox"/> 2種混合(DT)	

入浴
入浴(自分で) <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 介助が必要
普段だれと一っしょにお風呂に入っていますか
<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他(      )
<input type="checkbox"/> 1人で
特に注意すること(      )

その他
その他留意する事項があれば記入してください。