

短期入所生活援助（ショートステイ）事業 連絡票

（2歳以上のお子さん）

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 記入者 _____

申請者（保護者）氏名 _____

秋田市子ども未来センター（アルヴェ内）や児童相談所などに、子育ての心配事について相談をしたことはありますか

ある ない

お子さま（利用児童）について教えてください。

氏名 _____（ _____ 歳 _____ カ月）

(1) 食事について

ア 食事量 多い 普通 少ない

イ 好きな食べ物（ _____ ）

ウ 嫌いな食べ物（ _____ ）

エ 食物アレルギー ある（ _____ ） ない

(2) 健康について

ア 現在かかっている病気 ある（ _____ ） ない

イ 薬の服用 飲んでいる（ _____ ） 飲んでいない

（施設職員が児童に薬を飲ませることはできません。）

ウ 今までかかった病気

麻疹（はしか） 風疹 水痘（みずぼうそう）

おたふくかぜ 手足口病 りんご病 百日咳 肺炎

中耳炎 溶連菌感染症 熱性けいれん てんかん

気管支喘息 アトピー性皮膚炎 じんましん

その他（ _____ ）

2枚目も記入してください

エ 受けた予防接種

- ヒブ (1回 2回 3回 追加)
- 肺炎球菌 (1回 2回 3回 追加)
- ロタウイルス (1回 2回)
- 四種混合 (三種混合とポリオ) (1回 2回 3回 追加)
- 三種混合 (1回 2回 3回 追加)
- ポリオ (1回 2回)
- BCG MR (麻疹、風疹) 水痘 (1回 2回)
- おたふくかぜ 日本脳炎 (1回 2回 追加)
- インフルエンザ (1回 2回)
- B型肝炎 (1回 2回 3回)

オ 健康面で伝えたいことはありますか。 ※脱臼しやすい、鼻血出やすい、など

- ある () ない

(3) 生活について

ア 睡眠 (寝る時間 時 分～起きる時間 時 分)

昼寝 (時 分～ 時 分)

イ 寝付き 良い 悪い

ウ 寝かせかた () ※これがないと寝付かない、など

エ 外泊経験 ある (問題があったなかった) ない

オ 着替え 自分でできる できない

カ 排泄 自分でできる できない トレーニング中

キ オムツはしていますか いつも 夜だけ していない

ク 歯磨き 自分でできる できない

(4) その他

ア 好きな遊び ()

イ 性格 ()

ウ くせ・こだわり ()

エ その他、伝えておいた方がよいと思うことを教えてください。

※細かいことでも結構ですので、ご協力お願いいたします。