

短期入所生活援助（ショートステイ）事業 連絡票

（乳児院）

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) 出生の状況について

ア 分娩 正常 帝王切開 難産

イ 出生時体重（ _____ g）

ウ 栄養 母乳 ミルク 混合

(2) 食事について

ア ミルク 授乳中 時間間隔（ _____ ）量（ _____ ）

離乳（中期） 離乳（後期） 離乳した

その他（ _____ ）

イ 普通食 偏食あり 偏食なし

ウ 食事量 多い 普通 少ない

エ 食べ方 スプーンを使う はしを使う まだ使えない

オ 食物アレルギー ある（ _____ ） ない

(3) 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） 水痘（みずぼうそう） おたふくかぜ

風疹 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)
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。