

ショートステイ児童調査表

ふりがな		性別	
児童名	(呼名)	性別	
生年月日	年 月 日	年齢	歳
利用の理由			
委託期間	令和 年 月 日 (頃送り) ~令和 年 月 日 (迎え)		
緊急連絡先 ①	住所		
	氏名	続柄	
	電話	会社 ()	
緊急連絡先 ②	住所		
	氏名	続柄	
	電話	会社 ()	
緊急連絡先 ③	住所		
	氏名	続柄	
	電話	会社 ()	

【保険証】 コピー _____

【かかりつけの病院】

小児科 _____ その他 _____

【健康状態】

○平熱 _____ °C

○けいれん発作 有 () 無

○薬のアレルギーはありますか 有 () 無

○動物のアレルギーはありますか 有 () 無

○他のアレルギーはありますか 有 () 無

○現在服用中の薬はありますか (有 無) 薬名 _____

1日 _____ 回 朝 昼 夕 眠前 食前 食後 頓用

○虫刺され薬 使用可 不可

○バンドエイド 使用可 不可

○既往歴について ※罹ったことのあるものに丸印。その他は空欄に記入。

麻しん・風しん・水ぼうそう・耳下腺炎 ()

○予防注射について

ヒブ 肺炎球菌 B型肝炎 ロタウイルス 4種混合 BCG 日本脳炎

○その他気をつけて欲しいこと ()

【お家での生活の様子について】

○食事について

好きな食べ物（ ） 嫌いな食べ物（ ）

食事方法 食べさせる スプーン・フォーク 箸

食べる量 少なめ 普通 多め

食事形態 ミルク _____ cc 1日 _____ 回 時間おき 夜間 _____ 回

ミルクのメーカー _____ 哺乳瓶乳首のサイズ _____

離乳食 ご飯 _____ おかず _____

普通食（刻みなどの対応） _____

○トイレについて

トイレはひとりできる はい いいえ

オムツの使用 使用なし 昼夜とも 夜のみ

オムツのメーカー _____ オムツのサイズ _____

時間で大人が連れて行く（ 時間おき） 自分で言える 動作で伝える

失敗してから知らせる はい いいえ

○服を脱ぐ、着ることについて

できない お手伝いが必要 自分でできる 服のサイズ _____

○睡眠について

添い寝（寝かしつけの方法 _____） ひとりで眠れる

あおむけ寝 うつぶせ寝 他（ _____ ）背中スイッチ あり なし

夜泣きが毎日ある 時々ある ない なれない場所だとある

夜尿が毎日ある 時々ある ない なれない場所だとある

普段は _____ 時に寝て _____ 時に起きる（平均睡眠時間 _____ 時間くらい）

昼寝 はい 時 分から 時 分 しない

その他（ _____ ）

○清潔について

顔を洗う ひとりでできる できない

歯磨き ひとりでできる できない しあげみがきがある

お風呂で洗髪 ひとりでできる できない 見守り・部お手伝いがある

身体を洗う ひとりでできる できない 見守り・お手伝いがある

○その他

首はすわっている はい いいえ ひとりで座ることができる はい いいえ

動物がいる環境 可 不可

ショートステイ中の外出や外遊び・散歩 可 不可

お気に入りの玩具や遊び、歌等（ _____ ）

なにか伝えたいことはありますか（ _____ ）