

別紙

子育て短期支援事業利用チェックシート

(学童以上)

氏名		愛称		出生時の異常	有（ ）・無
健康状況	現在の健康状況（良・否） 病名（ ） 現在服薬しているか（いる・いない） 医療機関にかかっているか（いる・いない） ※医療機関名（ ） 主治医名（ ）				
	今までにかかった伝染病		今までにかかった主な病気		
	1. 無し 2. 麻疹（ 歳） 3. 風疹（ 歳） 4. 水痘（ 歳） 5. おたふくかぜ（ 歳） 6. 百日咳（ 歳） 7. その他（ ）		○かかりやすい病気、体質 気管支炎・喘息・ひきつけ・脱臼・中耳炎・心臓病 その他（ ） ○アレルギーの有無（有・無） （対処方法）		
	今までに受けた予防接種 1. ポリオ（ 回） 2. ツベルクリン 3. BCG 4. 三種混合 5. 麻疹 6. 風疹 7. 水痘 8. おたふくかぜ 9. その他		○自宅での発熱時の対応方法 ○けいれん（ひきつけ）の有・無 起こった時期 年 月（ 才） 対処方法 ○その他留意事項		
食事	形態・量 好きなもの 嫌いなもの その他		排泄	便状・回数 （軟らかい・普通・硬い）（ 日に 回程度） 留意事項（遺尿・夜尿等）	
			睡眠	睡眠時間 就寝時間： 起床時間： 睡眠時の習慣	
コミュニケーション	留意事項		その他	性格・情緒・癖等 その他留意事項（面会禁止者等）	