

子育て短期支援事業利用シート

令和 年 月 日

ふりがな			男 ・ 女	通園している 保育園名等	
こども名	愛称()				
生年月日	令和 年 月 日 (歳 か月)				
生育歴	異常:なし・あり() 健診時異常:なし・あり() 出生時体重:(g) 出生時身長:(cm) お子様の平熱:(°C)前後 栄養法:母乳・人工・混合 離乳食摂取期間:(か月から か月まで)				
食事状況	普通食 離乳食(前期・中期・後期) ミルク(メーカー名:) アレルギー等で制限している食品 なし・あり ※ありの場合は記入して下さい() その他()				
予防接種	BCG	未	済		
	ロタウイルス	未	第1期初回(1回・2回・3回)		
	四種混合	未	第1期初回(1回・2回・3回)第1期追加		
	MR混合(麻疹・風疹)	未	第1期・第2期		
	日本脳炎	未	第1期初回(1回・2回) 第1期追加		
	ヒブワクチン	未	(1回・2回・3回) 追加		
	小児用肺炎球菌	未	(1回・2回・3回) 追加		
	B型肝炎	未	(1回・2回・3回)		
	水痘(みずぼうそう)	未	済		
	おたふくかぜ	未	済		
	その他	()			
既往歴	突発性発疹 麻疹(はしか) 水痘(水ぼうそう) 風疹 百日咳 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ヘルパンギーナ 川崎病 手足口病 伝染性紅斑(りんご病) 熱性けいれん 喘息 肺炎 結核 湿疹 アトピー性皮膚炎 その他() 今までにかかった病気で注意すべきものについて記入して下さい。 (例:熱性けいれん、喘息、心臓病等) 必要対処方法があれば記入して下さい。 薬品について、アレルギー反応を起こすなど注意が必要な場合は記入して下さい。				
その他	性格・くせ等				
	好きな遊びやおもちゃ				
	お子様のことで心配なことがあれば具体的にお書き下さい。				

以下、利用されるお子様の健康チェック項目等ご記入をお願いします。

チェック欄	チェック欄	
①1週間以内に感染症に感染した	いいえ	はい
② 1週間以内に感染症陽性者との濃厚接触がある	いいえ	はい
③ 1週間以内に家族の職場や学校、保育所等において感染症が流行していた	いいえ	はい
④ 咳・鼻水、下痢・嘔吐等の症状がある ⇒はいと回答された方は具体的症状()	いいえ	はい
⑤同居家族に風邪症状がある方がいる	いいえ	はい
⑥ 現在服用している薬や、塗布している薬がある ⇒はいと回答された方は、薬名と服用(塗布)回数等を記入して下さい (薬名) (服用(塗布)回数)	いいえ	はい
⑦ 皮膚は荒れたり乾燥したりしやすい	いいえ	はい
⑧ 発熱等により、病院受診が必要な状況になった場合に、家族もしくは親族等が迎えにくることは可能ですか ⇒はいと回答された方はその方の名前・連絡先をご記入ください (氏名 続柄) 連絡先	いいえ	はい
⑨⑧についていいえと回答された方は、発熱等により病院受診等の支払いが発生する可能性があります、ご了承下さい	いいえ	はい
※健康に異常がある場合は医療機関を受診し、処方薬の持参が必要です		