ショートステイ児童調査表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男　・　女 |
| 児童名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | 年齢 | 歳　　ヶ月 |
| 利用の理由 |  | | |
| 委託期間 | 令和　　年　　　月　　　日～令和　　年　　　月　　　日 | | |
| 連絡先 | 住所 | | |
| 氏名 | | 続柄　　母 |
| 電話　自宅or携帯（　　）　　　　　　　会社（　　　） | | |

【かかりつけの病院】

　　小児科　　　　　　　　　　　　　℡（　　）

　　その他　　　　　　　　　　　　　℡（　　）

【健康状態】

　　平熱　　　　度

　　けいれん発作（有　無）

　　　　　有の場合（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　ｱﾚﾙｷﾞｰ体質と言われたことがありますか（有　無）

　　　　　有の場合（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　薬のｱﾚﾙｷﾞｰはありますか（有　無）

　　　　　有の場合（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　現在服用中の薬はありますか（有　無）

　　　　　有の場合（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　既往歴について　※罹ったことのあるものに丸をつけてください。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　※接種済みのものに丸を付けてください。

　　　　　　　　　（BCG・ポリオ・3種混合・麻しん・風しん・日本脳炎・ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ）

　　その他気をつけて欲しいこと

　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【当日の持ち物】

* 保険証 ・母子手帳 ・オムツ ・スリッパ ・洗面用具（タオル・歯ブラシ・コップ）
* 着替え…パンツ　　　枚、シャツ　　　枚、ズボン　　　枚、スカート　　　枚

　　　　　　　 上着　　　枚、上の服　　　枚、靴下　　　足、靴　　　足

【お家での生活の様子について】

* 食事について

・好き嫌いはありますか。それは何ですか（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・食事方法について　　（ 食べさせる・スプーン、フォークを使う・箸を使う ）

・食べる量 　 （　少なめ　・　普　通　・　多　め　　）

・その他

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

* 排泄について

・排泄は自立していますか（はい・いいえ）

・オムツを使用していますか（　昼夜ともに　・　夜のみ　）

・時間で大人が連れて行く（　　時間おき）

・失敗してから知らせる（はい・いいえ）　　　・予告をする（　言葉で・　動作で）

・その他

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

* 衣類の着脱について

・援助が必要ですか（はい・いいえ）

・その他

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

* 睡眠について

・添い寝が必要ですか（はい・いいえ）

・夜泣きがありますか（毎日ある・時々ある・ない）

・夜尿はありますか　（毎日ある・時々ある・ない）

・普段は　　時に寝て　　　時に起きる（平均睡眠時間　　　時間くらい）

・午睡はしますか（はい…　　　時　　分から　　時　　分・ない）

・その他

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

* 清潔について

・一人でできますか…洗面（はい・いいえ）、歯磨き（はい・いいえ）、

洗髪（はい・いいえ）、体洗い（はい・いいえ）

・その他

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

* その他

・お気に入りの玩具や遊び、歌等がありますか（はい・いいえ）

　「はい」の場合（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・職員に知っておいて欲しいことがありますか（はい・いいえ）

　「はい」の場合（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）