

鹿児島市子育て短期支援事業 児童資料

氏名 ・ 住所 ・ 連絡先等	
ふりがな 児童	☐ 男 ☐ 女 生年月日 年 月 日 歳
学校・保育所等	
ふりがな 保護者氏名	続柄() 連絡先()
住所	

現在の体調(当てはまるものにすべて☑してください。)	
☐ 発熱	度
☐ 体調不良 (内容:	)
☐ 家族の体調不良 (内容:	)
☐ 感染症 (内容:	)
☐ 家族の感染症 (内容:	)
☐ 上記すべて該当なし	

普段の様子	
平熱	度
食事	
はし・スプーン	☐ 要介助 ☐ 介助不要
コップを持って	☐ 飲める ☐ 飲めない
好きな食べ物(	)
嫌いな食べ物(	)
特に注意すること(	)

排泄	
排尿(自分で)	☐ できる ☐ できない
排便(自分で)	☐ できる ☐ できない
便の回数	1日 回 時ごろ
夜尿	☐ ある ☐ ない
特に注意すること()	

睡眠	
起床	時ごろ
寝起き	☐ 良い ☐ 悪い
昼寝	☐ する ☐ しない
就寝	時ごろ
寝つき	☐ 良い ☐ 悪い
夜泣き	☐ する ☐ しない
特に注意すること()	

入浴	
入浴(自分で)	☐ できる ☐ 介助が必要
普段だれといっしょにお風呂に入っていますか	
☐ 父 ☐ 母 ☐ その他(	)
☐ 1人で	
特に注意すること()	

健康面について(当てはまるものすべてに☑してください。)	
☐ かぜをひきやすい	☐ 下痢をしやすい
☐ 便秘をしやすい	☐ アトピー性皮膚炎
☐ 中耳炎	
☐ 最近かかった病気 (	)

お薬や治療中の病気	
治療中の病気	
☐ あり(	) ☐ なし
服薬	
☐ あり(	) ☐ なし

アレルギーについて教えてください。	
食物アレルギー	
☐ あり(	) ☐ なし
家族の食物アレルギー	
☐ あり(	) ☐ なし
その他アレルギー	
☐ あり(	) ☐ なし
家族のその他のアレルギー	
☐ あり(	) ☐ なし

予防接種	
☐ ロタウィルス	☐ BCG(結核)
☐ B型肝炎	☐ 麻しん風しん混合
☐ ヒブ	☐ 水痘
☐ 小児用肺炎球菌	☐ 日本脳炎
☐ 4種混合(DPT-IPV)	☐ おたふくかぜ
☐ 2種混合(DT)	

その他	
その他留意する事項があれば記入してください。	