

子どもショートステイ事業 子どもに関する補助資料

初回利用日 年 月 日

面接日	年 月 日
更新	年 月 日

ふりがな		生年月日	(歳 カ月)
児童氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	呼び名	

■ 食事の様子

普段の食事の時間	朝食 時頃	昼食 時頃	夕食 時頃
好きなもの			食事に係る時間と摂取量 分
嫌いなもの			<input type="checkbox"/> 多め <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少なめ
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
接種可能な食品	<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> チーズ <input type="checkbox"/> ヨーグルト <input type="checkbox"/> 生クリーム <input type="checkbox"/> たまご <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> キウイ <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 小麦粉		
食べ方	<input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> はし (その他 ()) <input type="checkbox"/> 一人で食べる <input type="checkbox"/> 部分的に介助が必要 ()		
食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> やわらか <input type="checkbox"/> ペースト ()		
食べる時の様子や伝えておきたいこと			

■ 健康について

現在の体重	K g	かかりつけ医	
出生までの状況	妊娠異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
	分娩異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
現在かかっている病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	病名・治療 () 服薬内容等 ()	
かかりやすい病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
平熱	℃		
病歴	けいれん <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	けいれん時の状態等 ()	
	今までにかかった病気	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
予防接種	<input type="checkbox"/> 四種混合 (<input type="checkbox"/> 三種混合 <input type="checkbox"/> ポリオ) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> ロタウィルス <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ (月) <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> A型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> その他 ()		
所属先または家族で流行している病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		

■ 睡眠・入浴・排泄・着脱

睡眠時間	昼寝 時 分～ 時 分	寝る時の様子、寝かせ方	
	夜間 時 分～ 時 分		
寝つき	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 悪い	寝起き <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 悪い	
入浴	<input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> 嫌い	入浴・洗髪時の配慮点	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> トレーニング中 () <input type="checkbox"/> 大人用トイレ <input type="checkbox"/> 幼児用補助便座 <input type="checkbox"/> おまる <input type="checkbox"/> その他 ()		
	排便頻度と便性 ()		
着脱	<input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 自立		
歯磨きの仕方			

■ 子どもの様子	
ことば	<input type="checkbox"/> 一語文 <input type="checkbox"/> 二語文～ <input type="checkbox"/> 会話のやりとりができる
好きな遊び	
性格	
くせ、こだわり	

■ その他特記事項 伝えたいこと（持ち物のこと、してほしい遊び等）

■ 送迎について（保育所、幼稚園、小学校、学童クラブ等）			
送・迎	送迎場所に係る内容をご記入ください。		
施設名称		所在地	
クラス名称		担任氏名	
詳細情報	※施設の入り口や入所の方法、施設内経路、児童の引き渡し方法、荷物の持ち帰りの有無等		
送・迎	送迎場所に係る内容をご記入ください。		
施設名称		所在地	
クラス名称		担任氏名	
詳細情報	※施設の入り口や入所の方法、施設内経路、児童の引き渡し方法、荷物の持ち帰りの有無等		

■ 服薬について			
薬品名（常時・頓服）	服薬時間	量・数	内服方法（備考・注意点）

施設職員による服薬援助及び投薬を依頼します。

保護者氏名 ㊟

武蔵村山市子どもショートステイ事業

利用時の医療等に関するお願いと注意事項

武蔵村山市子どもショートステイ事業のご利用にあたり、利用期間中のお子様の体調管理には万全を尽くしてお預かりいたしますが、万一に備えて下記の事項についてご確認くださいませようお願いいたします。

- 1 お子様について、医療的処置が必要と判断した時は、原則としてご連絡を取らせていただきます。申込時には必ず緊急連絡先をご記入（必ずご連絡のとれる番号）ください。
- 2 お子様について、医療的処置が（通院、入院等）必要と判断され、ご家族、緊急連絡先とも連絡が取れない場合は、武蔵村山市子育て支援課と社会福祉法人蓮華苑れんげ学園と協議の上対応させていただきますのでご了承ください。（平日の日中…小児科、夜間、休日…病院救急外来）
- 3 お子様について、事故及び病気で緊急に医療が必要な場合、ただちに医師の治療を受けます。この場合の費用は、保護者様の負担となります。（ケガ、熱、発疹、下痢、嘔吐、咳、じんましん等）

【医療費について】

原則として、保険証・医療証の預かりは行っておりません。そのため、医療費の10割または預かり金等を一時的に立て替え、児童のお迎えの際に精算させていただきます。医療機関及び加入されている医療保険制度への医療費の返還・精算手続きにつきましては、保護者様にて対応させていただきます。

- 4 利用中で、万が一感染症が発生した場合、発症児のいる居室を隔離するなど、可能な限りの処置をいたしますが、お子様への感染を絶対に防ぐとは言い切れません。また、お子様を介してご家族への感染も考えられることをご承知ください。

※なお、ご不明な点に関しては武蔵村山市子育て支援課にお問い合わせください。

<注意事項>

- ① 利用時間が変更になる場合は、子ども家庭支援センター及び利用施設へご連絡ください。
- ② 利用日の児童の健康状態によっては、利用をお断りする場合があります。（例：発熱など体調不良等）
- ③ 利用期間中は、施設の指示に従ってください。
- ④ 施設と緊密な連絡をとるように努めてください。
- ⑤ 利用期間中に児童に要した医療費等の実費は、別途利用施設側へお支払いください。
- ⑥ 利用を終了する日には、速やかに児童を迎えにきてください。
- ⑦ 利用中の児童が、施設の建物・設備及び器具を毀損又は紛失した場合は、損害相当額を弁償していただくことがあります。

上記内容に同意します。

年 月 日

氏名 _____ 印