ショートステイ利用時連絡票（3歳未満）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童名 | フリガナ | | | 富津市  電話 | | | 記入日 | | | 記入者 |
|  | | | 年　月　日 | | |  |
| 平成・令和  年　月　日（　歳　か月） | | |
| ショートステイ利用経験　【無・有】 | | | | 他の施設利用経験 | | | |  | | |
| 保育園・幼稚園 | 一時保育 | | | その他（　　　） | | |
| 緊急連絡先 | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | 続柄 | 電話番号 | | | 備考 | | | 連絡順位 | |
|  | |  |  | | |  | | |  | |
|  | |  |  | | |  | | |  | |
| 保護者就労状況 | | | | | | | | | | |
| 勤務先 | | | 勤務時間 | | | 勤務先電話番号 | | | 定休日 | |
|  | | |  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康について | | | | |
| 平熱　　　　　　℃ | 出生体重　　　　　g | 慢性疾患【無・有　病名　　　　　　　　　　】 | | |
| 今までにかかった大きな病気・定期的な通院 | | 熱性けいれん【無・有】 | | |
| いつ頃　　年　月　日頃  薬【無・有】  けいれん時の注意事項 | | |
| 最近かかった病気 | |
| 病名 | |
| 月　日～　月　日頃 | |
| 服薬【無・有】 | |
| （薬名　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| アレルギー【無・有　　　　　　　　　　　】 | | アレルゲン【　　　　　　　　　　　　　　　】 | | |
| 発達状況（あてはまるものに〇をしてください。） | | | | |
| ・首がすわる　・一人で座る　・四つ這い　・つかまり立ち　・つたい歩き　・歩く　・走る | | | | |
| ・泣かずに声を出す　・マ、パ、バ等の声を出す　・簡単な単語を言う（ママ・パパ・ワンワン） | | | | |
| ・絵本などを見て物の名前を言う　・二語文を話す | | | | |
| 生活の様子 | | | | |
| 睡眠時間 | | 眠りにつく時の様子 | | |
| 日中　　　　： | ～　　： |
| ： | ～　　： |
| 夜間　就寝　： | ～起床　　： |
| 排泄について | | | | |
| 排便　　　　　回/日 | 便の様子（ゆるめ・普通・硬い） | | トイレトレーニング | |
| オムツ | テープ・パンツ | | 未・練習中・自立（パンツ） | |
| S・M・L・BIG・（その他　　　　　　　　　） | | | 【様子】 | |
| スキンケア（使用して良いものに〇をつけてください。） | | | | |
| 皮膚疾患【無・有】 | 入浴時の石鹸【無・有】 | ワセリン【無・有】 | 虫よけ【無・有】 | 日焼け止め【無・有】 |
| 持参する軟膏等あれば記入してください。【　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | | | |
| 好きな遊び・苦手なこと等あれば記入してください。 | | | | |
| その他施設に伝えたいこと | | | | |

※この連絡票に記入されている情報は、法令等に基づき、当該児童がショートステイサービスを利用する以外に使用することはありません。