

# ショートステイお子様の情報シート 二葉乳児院 地域子育て支援センター二葉

【利用期間】

令和 年 月 日 ( ) : ~ 月 日 ( ) :

安心してお泊りしていただけるように、お子さんの様子を教えてください。参考にさせていただきます

☆多枠内の必要事項にご記入をお願いいたします

☆多選択のところは○で囲んで下さい

※二葉職員記入 お泊り居室 ( )

ふりがな	
お子さんの氏名	呼び方 ( )
生年月日 令和 年 月 日 ( 歳 ヶ月)	性別 男 ・ 女
保護者の名前	続柄 ( ) 呼び方 ( )
保護者の名前	続柄 ( ) 呼び方 ( )
★ショートご利用についてお子さんへ何と伝えてありますか ( )	
【出生までの状況】	
妊娠の異常 無 有 ( )	分娩異常 無 有 ( )
出生時状況 ( )	在胎期間 ( 週 日)
出生時の体重 ( g)	
【健康状況】 <span style="float: right;">現在の体重 <u>          g          </u></span>	
・現在かかっている感染症以外の病気 ( ) ・かかりやすい病気 ( ) ・継続治療中の病気 ( ) ・アレルギー 無 有 ( ) 【継続服用中ののみ薬 無 有 】 【継続使用中のぬり薬 無 有 】 ※有の方は下記へ詳しくご記入お願いします	
<継続のみ薬名>	<継続ぬり薬名>
いつ：食後 朝 昼 夕 就寝前	いつ：起床後 入浴後 就寝前
：食前 朝 昼 夕 就寝前	どこに (ぬる患部)
飲みかた：	ぬり方
かかりつけ医・その他病院	
【今までにかかった病気・病歴】	
麻疹 風疹 水痘 突発性発疹 おたふくかぜ 百日咳 喘息性気管支炎 けいれん・てんかん →病歴がある方は別紙②にご記入ください 喘息 →喘息のある方は別紙③にご記入ください 手術歴 無 有→病名 ( ) 手術した年月日 年 月 日 ※ご利用中のケアや気をつけることを教えてください	
【予防接種】※下記の ( ) 内に、予防注射を受けた回数、最終接種日をご記入ください	
・ロタウイルス ( 1 価 5 価 ) ・B型肝炎 ( ) ・BCG ( ) ・インフルエンザ ( ) ・ヒブ ( ) ・肺炎球菌 ( ) ・おたふくかぜ ( ) ・MR ( ) ・四種混合 ( ) ・水痘 ( ) ・日本脳炎 ( ) ・A型肝炎 ( ) ・その他 ( )	
【保育園、子ども園、幼稚園等の通園先の園名】 <span style="float: right;">・通園していない</span>	
( )	
【通園先や近所で流行している病気】	
無・有：感染症名と状況 ( )	
【お子さんの様子に合わせて職員が対処させていただきます。良いものに○をダメなものに×をつけてください。】	
・爪切り ・鼻汁吸引・プロペト・市販の塗りくすり・便秘の際肛門刺激	



# 補助資料【別紙①】

## 【食物アレルギーがある方へ】

下記情報は、ショートステイでお子さんをお預かりする際に必要な情報です。

ご記入をお願いします。

記入日 令和 年 月 日

お子さんの氏名 \_\_\_\_\_

何の食物アレルギーですか。	
何をどの程度食べて症状が出ましたか。	
どのような症状が出ましたか。 例：体の●●に発疹が出た	
アナフィラキシー症状(呼吸困難や意識障害など命に関わる症状)は出ましたか。	出た ・ 出ていない ※どちらかに○
エピペン(体重15kg以上)を常備していますか。	常備している ・ 常備していない ※どちらかに○
小麦粉アレルギーの場合 醤油などの調味料は摂取できますか。	摂取できる ・ 摂取できない ※どちらかに○
卵アレルギーの場合 加熱した卵は食べられますか。	加熱した卵は 食べられる ・ 食べられない ※どちらかに○
食べられるに○の方で、制限がある方は一日に食べられる分量をご記入ください。 ・白身のみ少し食べられる。黄身のみ黄身の半分だけ食べられる。などの詳細をご記入ください。 (	
つなぎは食べられますか。 マヨネーズは食べられますか。	つなぎは 食べられる ・ 食べられない マヨネーズは 食べられる ・ 食べられない ※どちらかに○
クッキー・ポーロ・ビスケットなどお菓子類は食べられますか。	お菓子類は 食べられる ・ 食べられない ※どちらかに○
甲殻類アレルギーの場合 工場での製造過程で含まれている場合のお菓子類は食べられますか。	お菓子類は 食べられる ・ 食べられない ※どちらかに○
現在、治療中ですか。	治療中 ・ 治療中ではない ※どちらかに○ 治療中に○の方は病院名 _____
食物アレルギーに対して薬を飲んでいますか。 頓服の処方がある方は 頓服薬の名前 _____	飲んでいる ・ 飲んでいない ※どちらかに○ 飲んでいるに○の方は 薬の名前 _____

## 補助資料【別紙②】

### 【てんかん や けいれん の既往がある方へ】

下記情報は、ショートステイでお子さんをお預かりする際に必要な情報です。

ご記入をお願いします。

記入日 令和 年 月 日

初回の発作はいつですか。 令和 年 月 日	最終発作はいつですか。 令和 年 月 日
病院で診断を受けましたか。	<p>受けた ・ 受けていない</p> <p>※どちらかに○</p> <p>受けた場合、診断名： _____</p>
抗てんかん薬を飲んでいますか。	<p>飲んでいる ・ 飲んでいない</p> <p>※どちらかに○</p> <p>飲んでいる場合、 薬の名前： _____</p>
何が原因のけいれんですか。 例：熱性けいれん	
どのような発作が起きましたか。 例：体の動き・意識がない・ 呼吸が止まる	
熱性けいれんの場合、体温は何度 で発作が起きましたか。	℃
発作は何分くらい続きましたか。	分
発作時はどのように対応しまし たか。	
感染症で誘発されますか。	<p>誘発される ・ 誘発されない</p> <p>※どちらかに○</p>
発作が起きた場合は、ご連絡させ ていただきます。連絡後、どの位で 迎えに來れますか。	分
通院先の病院を教えてください。	病院名

## 補助資料【別紙③】

### 【喘息 の既往がある方へ】

下記情報は、ショートステイでお子さんをお預かりする際に必要な情報です。  
ご記入をお願いします。

記入日 令和 年 月 日

お子さんの氏名 \_\_\_\_\_

現在、内服薬を飲んで いますか。	飲んでいる ・ 飲んでいない ※どちらかに○  飲んでいる場合、 薬の名前： _____  服薬の方法： _____
初回の発作はいつですか。 令和 年 月 日	最終発作はいつですか。 令和 年 月 日
どのような、どの程度の発作が 起きますか。 例：ケンケンとかすれそうな咳、 ゼーゼー、ヒューヒュー、 会話が出来ない、歩けない	
発作時はどのように対応していま すか。 とんぷく薬・(吸入・シール)など医師の 指示はありますか。	
発作が起きた場合に連絡させていただきます。 連絡後、どの位で迎えに来れますか。	分
通院先の病院を教えてください。	病院名