**ショートステイ利用児童の状況記入表**

記入日　令和　 　年　 　月　 　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | (男・女) | 生年月日 | | 平成　　年　 月　 日生まれ | | | | 才 |
| 児童氏名 |  | | |
| 現住所 |  | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | 続柄 |  | | 電話番号 | | | |
| 保護者氏名 |  | | | | 自宅 | |  | |
| 現住所 |  | | | | | | | 携帯 | |  | |
| 利用期間中の緊急時の連絡先 | | | | | | | | 電話番号 | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | 自宅 | |  | |
| 現住所 |  | | | | | | | 携帯 | |  | |
| **児童の様子について** | | | | | | | | | | | |
| **現在治療中の疾患(有・無)　※有の場合は内容を記入ください。** | | | | | | | | | | | |
| (病名) | | | | | | | | | | | |
| (医療機関名)　　　　　　　　　　　　　　　　 電話 | | | | | | | | | | | |
| (病名) | | | | | | | | | | | |
| (医療機関名)　　　　　　　　　　　　　　　 　電話 | | | | | | | | | | | |
| **アレルギー(有・無)**　※有の場合は内容を記入してください。 | | | | | | | | | | | |
| 内容(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | |
| **家庭での生活日課** | | | | | | | | | | | |
| 起床(　　：　　)  朝食(　　：　　)  昼食(　　：　　)  夕食(　　：　　)  就寝(　　：　　) | |  | | | | | | | | | |
| **通園・通学先の名称** | | |  | | | | | | | | |
| クラス名 | | |  | | | | 担任名 | |  | | |
| その他、特に気をつけてほしい事柄があれば記入ください。 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |