

						NO				
児童状況表						面談日	年 月 日			
						更新日	年 月 日			
						更新日	年 月 日			
児童氏名	(ふりがな)	生年月日	年 月 日生 (令和 年) 性別 ()	保護者氏名			続柄			
通園通学先		未・保育園・幼稚園 小学校・中学校 高等学校・その他	2歳児・年少 年中・年長	年生	歳	きょうだいの 有無(本人含)	人きょうだいの 番目			
住所:						電話:				
その他送迎先	名称: 住所:					電話:				
アレルギー	アレルギーの有無		無・有			(症状と対応)				
	食物アレルギー	卵・乳・小麦・えび・かに・落花生 そば・その他()								
	その他のアレルギー	花粉・動物(犬・猫・ ハウスダスト・ダニ・その他:								
食事	食事量	多い・普通・少ない		食器用具	スプーン・フォーク・箸					
	食事の時間	朝食(:) 昼食(:) 夕食(:)								
	食べたことのない食材									
	好きな食べ物									
	嫌いな食べ物									
	その他									
排泄	排泄方法	自立・オムツ・夜間のみオムツ								
	排便	日に 回			夜尿	無・有				
	その他									
睡眠	起床	目覚めが良い・目覚めが悪い			起床時間	:				
	就寝	寝つきが良い・寝つきが悪い			就寝時間	:				
	昼寝	無・有								
入浴	ひとりできる・一部介助・全面解除 *異性介助(承諾・不可)									
着替え	ひとりできる・一部介助・全面解除									
性格										
こだわり	無・有				くせ					
好きなこと(もの)										
嫌いなこと(もの)										
コミュニケーション	言葉の理解	可能・簡単な指示なら可・名詞は可・大きい声や強い言い回しは理解可・難しい								
	他児との同室保育	可能・難しい(理由:)								
	他児とのかわり									
	日頃の生活の様子									
	集団の中での様子									
	その他									

健康管理			平熱:	度
手術歴	無・有(年 月 歳の時)病名:			
病 気	現在治療中の病気: 無・有			
	既往症:	麻疹・風疹・水痘・おたふく・突発性発疹・肺炎・喘息		
	その他:			
	ひきつけ(痙攣): 無・有(年 月 歳の時から最後は 年 月)			
	*有の場合: 熱性のひきつけ(痙攣)・熱性ではない			
	かかりつけ病院:		tel:	
現在使用している薬: 無・有		薬アレルギー: 無・有()		
*有の場合: 病院の服薬指示書、ショートステイ書式の投薬依頼書をお持ち下さい。				
予 防 接 種 * 接 種 済 に ○ を す る。	ヒブ(Hib)(初回 1回 2回 3回 追加)		小児肺炎球菌(初回 1回 2回 3回 追加)	
	B型肝炎(1回 2回 追加)			
	四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)又は三種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風)			
	(第1期 初回1回 2回 3回 追加 第2期)			
	ポリオ(不活化)(第1期 初回1回 2回 3回 追加 第2期)又はポリオ(生)(1回 2回)			
	BCG	MR(麻しん・風しん)(第1期 第2期)		水痘(1回 2回)
	日本脳炎 (第1期 初回1回 2回 追加 第2期)		ヒトパピローマ(HPV)(1回 2回 3回)	
	ロタ(1回 2回 3回)		おたふくかぜ(1回 2回)	
その他				
発 達	問題なし・他者との関わりで支援者の介入が必要・医療に通院(服薬 なし あり)			
	診断名			
	病院名			
パ ニ ク 発 作 等	無・有	兆候		
		行動		
		対応		
障 害 等 に つ い て	無・有	身体障がい者手帳(級)		
		愛の手帳(度)		
その他 配慮を要する事項				
○お子様の発熱・体調不良時はご連絡させていただきます。 星美ホーム			NO	