

						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			
パニック発作等	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	