

## 児童票 (表)

※ この用紙はお子さん一人につき1枚必要です

緊急時に医療関係者等に渡すことがあります。

令和 年 月 日

フリガナ 児童名		家での呼び名	
生年月日	年 月 日 歳	性別	男・女

生活リズム	起床・就寝・お昼寝・食事（朝・昼・夜・おやつ）などを記入してください。															
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
食事	自立・一部介助・全介助			食べた事がない物			無・有（そば・卵・青魚・）									
	食事量		多い・普通・少ない			使える物			フォーク・スプーン・はし							
	おやつの内容			嗜好等												
排泄	自立・オムツ・トイレトレーニング中			排便			1日 回（ 時頃、 時頃）									
	介助の必要性			無・有（声かけ・誘導・一部介助・全介助・オムツ）												
睡眠	寝入りや寝起きの様子（ ）															

かかりつけ医	病院名	科	先生	平熱	℃
今までにかかった大きな病気	年 月／病名（ ）／治療中・完治				
	年 月／病名（ ）／治療中・完治				
最近かかった病気	年 月／病名（ ）／治療中・完治				
	年 月／病名（ ）／治療中・完治				
治療中の病気	無・有（ ）				
使用中の薬	無・有（ ）				
ひきつけ	無・有（ 歳頃 回、 歳頃 回／最後は 年 月頃）				
	予防薬 無・有（薬名）				
予防接種歴	B型肝炎・ロタウイルス・ヒブ・小児用肺炎球菌・四種混合(1期)・四種混合(追加)				
	ポリオ(1期)・ポリオ(追加)・三種混合(1期)・三種混合(追加)				
	BCG・MR(麻しん風しん)・水痘(水ぼうそう)・日本脳炎(1期)・日本脳炎(追加)				
	その他（ ）				
気になる健康状態	無・有（ ）				

アレルギー	無・有（有の場合は下表に記入）			
対象物	症状	対応	検査結果	注意していること
例) 卵白	顔から始まって全身に湿疹が広がる	スキンローションを塗る	血液検査 (+)	つなぎも含めて完全除去

※ 書ききれない場合は余白にご記入ください。

※ 裏面もご記入ください。

更新日	/	/	/
	/	/	/

## 児童票（裏）

障がい・疾病	無・有 診断名( )	
	有の場合・・・必要な場合はお子さんの通い先(学校等)に様子を お聞きすることを承諾されますか？ (はい・いいえ)	
医療的な援助や 投薬等が必要ですか	いいえ・はい 内容( )	
	※利用中に投薬が必要な場合は、 別紙の「投薬依頼書（医師による記載欄あり）」をご提出ください。	
発作・パニックを起こ したことがありますか	無・有	
	①兆候 ( )	
	②行動 ( )	
	③対応 ( )	
	④その他 ( )	
利用中の配慮事項	自傷	無・有 ( )
	他害	無・有 ( )
	飛び出し	無・有 ( )
	その他	無・有 ( )
コミュニケーション	言葉の理解	可能・簡単な指示なら可能・ 名前や禁止句や命令句には反応・難しい
	言葉の表出	可能・二語文程度・単語程度・有意語なし
	職員(大人)との関わり で伝えたいこと	
	きょうだいとの関わり で伝えたいこと	
好き・得意なこと (遊びなど)		
嫌い・苦手なこと		
くせ等		
備 考		