



子ども氏名	ふりがな
-------	------

●子どもの生活

食事	母乳、人工乳、混合、離乳食初期、離乳食中期、離乳食後期、アレルギー食 おやつ 有・無			
	普段の食事、おやつ時刻 朝 ( ) 時、昼 ( ) 時、夕 ( ) 時 おやつ午前 ( ) 時、午後 ( ) 時			
	乳児 幼児	ミルク	1回量 c c	回数 /1日
		食べ方 該当するものを ○で囲む	食べさせてもらう、自分で食べようとするか不十分、自分で食べられる 手づかみ、スプーン・フォーク・はしを使う	
		食事量	少ない・普通・多い・むらがある	
		好きなもの		
嫌いなもの				
食物アレルギー	無し、ミルク(牛乳)・卵・そば・大豆・小麦・米・その他 ( )			
排泄	オムツ	一日中・寝るときだけ・トイレトレーニング中		
	小便	手伝ってもらう・ひとりでする	回数 /日	
	大便	手伝ってもらう・ひとりでする	回数 /日	
	したい時	動作で知らせる・言葉で知らせる・知らせない		
昼寝	する・しない・時々する 時頃 時間程度	医師からうつ伏せ寝の指示があるか	有・無	
好きな寝方	添い寝・一人寝・抱っこ・仰向け・うつぶせ・横向き・その他 ( )			
好きな遊び・キャラクター				
性格・くせ・体質・怖がるもの等				
配慮してほしいこと				

※この書類はコピーしないでください。

※提供会員は、援助活動終了後、必ずこの書類をファミリーサポートセンターへ返却してください。



子ども氏名	ふりがな
-------	------

●お子さんの状況等

お分かりになる範囲でご記入ください

周産期	妊娠中の異常 有・無 有の場合内容	生まれつきの病 気・慢性的な疾患 等	<input type="checkbox"/> 生まれつきの病気等はない			
	出生時体重 g		<input type="checkbox"/> ぜんそく	治 療	薬	毎日・発作時・無
	出生時身長 cm			吸入		毎日・発作時・無
分娩異常 有・無 有の場合内容	喘息等の発作の程度 軽度・中程度・重度		<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎：治療 内服・食事療法 その他 ( )			
出産週 週	<input type="checkbox"/> 食物ア レルギー		除去中 ミルク・卵・ソバ・大豆・小麦・米・その 他 ( )			
首のすわり か月 おすわり出来る、まだできない	<input type="checkbox"/> 薬物ア レルギー		種類			
はいはい している、まだできない、済んだ	<input type="checkbox"/> 動物アレルギー		<input type="checkbox"/> アナフィラキシー			
つかまり立ちしている、まだしていない、済んだ	<input type="checkbox"/> 泣き入りひきつけ					
ひとり歩き している、まだしていない	<input type="checkbox"/> てんかん					
人見知り している、人見知りはない、少しする	<input type="checkbox"/> 川崎病					
母親の後追いしている、まだしていない、済んだ	<input type="checkbox"/> B型肝炎キャリア					
初語 (意味あり言葉) 有・無	<input type="checkbox"/> 脱臼のくせ					
発達の遅れ	無・有 状況	常時内服薬 保育中に飲ませ ている薬	内服薬名1 ( ) 服用時間 時 時 時 時 時			
			内服薬名2 ( ) 服用時間 時 時 時 時 時			
障がい内容			その他			
かかった病気 (該当するものは左期の□内にチェック「レ」を記入してください)	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	予防接種 (済んでいるものは左側の□内にチェック「レ」を記入してください)	<input type="checkbox"/> ロタ (1価) (1回・2回)			
	<input type="checkbox"/> はしか		<input type="checkbox"/> ロタ (5価) (1回・2回・3回)			
	<input type="checkbox"/> みずぼうそう (水痘)		<input type="checkbox"/> ヒブ (1回・2回・3回・追加)			
	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ		<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (1回・2回・3回・追加)			
	<input type="checkbox"/> 百日咳		<input type="checkbox"/> B型肝炎 (1回・2回・3回)			
	<input type="checkbox"/> 風疹		<input type="checkbox"/> 四種混合 (3種混合+ポリオ) (1回目・2回目・3回目・追加)			
	<input type="checkbox"/> 細気管支炎		<input type="checkbox"/> BCG			
	<input type="checkbox"/> 副鼻腔炎		<input type="checkbox"/> 水痘 (1回・2回)			
	<input type="checkbox"/> 中耳炎		<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合 (MR) (1回・2回)			
	<input type="checkbox"/> ぜんそく様気管支炎		<input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1回・2回・追加・2期)			
<input type="checkbox"/> RSウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 二種混合					
<input type="checkbox"/> その他 (かかった病気を記入)	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん (1回・2回・3回)					
<input type="checkbox"/> 熱性痙攣 (有・無) ( 回)	<input type="checkbox"/> その他 ( )					
初回年齢 歳 か月						
直近年齢 歳 か月						
入院歴	歳 病名					
	歳 病名					
	歳 病名					
インフルエンザ予防接種時期	最終予防接種時期					
	1回目 年 月	<input type="checkbox"/> ポリオ(不活化)(1回・2回・3回・追加)				
	2回目 年 月	<input type="checkbox"/> 三種混合(1回目・2回目・3回目・追加)				
		<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) (1回・2回)				
		<input type="checkbox"/> 風疹 (1回・2回)				

※この書類はコピーしないでください。

※提供会員は、援助活動終了後、必ずこの書類をファミリーサポートセンターへ返却してください。

(小川町ファミリーサポートセンター提出用) 病児・病後児預かりの場合FAX可 0493-81-6186

利用票4 今回の病気について



申請日 月 日

子ども氏名		ふりがな													
受診	済み・未済	月 日													
受診医院・病院名:	受診医がお休みの場合代わりの医院 ( )														
医院電話番号	受診医院 代わりの医院	医院住所	受診医院 代わりの医院												
※受診医の情報は症状が悪化した場合などに必要です。預かり当日受診医が休業の場合はその他かかりつけ医院名を記入してください。															
病名 (受診後医師の診断を記入)	01 感冒・感冒様症候群 (風邪・上気道炎)    02 咽頭炎    03 扁桃腺炎    04 気管支炎 05 喘息・喘息性気管支炎    06 溶連菌    07 胃腸炎    08 中耳炎    09 流行性結膜炎    10 とびひ 11 突発性発疹症    12 手足口病    13 インフルエンザA型    14 インフルエンザB型 15 インフルエンザ新型    16 インフルエンザ新型    17 ヘルパンギーナ    18 プール熱 19 おたふくかぜ    20 はしか    21 水疱瘡    22 風疹    23 その他 その他の病名 ( )														
医師の指示	必ずチェックしてください    第三者へ預けることができるか <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない														
症状	01 発熱    02 せき    03 鼻水    04 喘鳴    05 腹痛    06 下痢    07 嘔吐    08 その他 その他の時の症状 ( )														
症状開始時期	月 日 朝・昼・晩														
症状の詳細															
平熱															
前日	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時	0時	2時	4時	6時	8時	10時	12時	14時
体温															
睡眠															
食事															
水分															
尿															
便															
薬															
様子															
解熱剤利用有無	有・無	利用日時	日 時				解熱剤利用時の体温								
機嫌	良い・普通・やや悪い・悪い				排尿	普通・いつもより少ない				排便	下痢・普通・軟便				
食欲	普通・ややない・無い				水分摂取	摂れている・摂れていない									
安静度	ベッド上安静、隔離して安静、室内安静 (他のこどもとの静かな遊び可)、室内保育 (普通で構わない)														

投薬依頼書

薬 (医師から処方された薬のみ。市販薬不可)	飲ませる薬	有・無													
	薬の名前	形状	1回量												
	( )	( ) 粉・水・錠・塗	( ) 包、ml、目盛、錠	与薬時刻 ( ) 時											
	( )	( ) 粉・水・錠・塗	( ) 包、ml、目盛、錠	与薬時刻 ( ) 時											
	( )	( ) 粉・水・錠・塗	( ) 包、ml、目盛、錠	与薬時刻 ( ) 時											
服用方法(食べ物に混ぜるなどあれば)															
※本日分をお持ちください。提供会員宅での預かりの場合、薬には氏名をご記入ください。 ※常用薬がある場合は、必ず、今回処方されたものと常用薬を併用して良いか医師に確認してください。															

※この書類はコピーしないでください。

※提供会員は、援助活動終了後、必ずこの書類をファミリーサポートセンターへ返却してください。