

木更津市子育て短期支援事業 児童票

調査年月日	令和 年 月 日	記載者	続柄 ( )
フリガナ 利用児童名		性別 男・女	年 月 日生 歳 か月
勤 務 状 況	父勤務先	職種	電話
	勤務時間	: ~ :	
	休日	定休	曜日 / 不定休 週 日
	母勤務先	職種	電話
	勤務時間	: ~ :	
	休日	定休	曜日 / 不定休 週 日
○食事希望の有無について			
来所時の希望		【 有・無 】	朝食 ・ 昼食 ・ 夕食
退所時の希望		【 有・無 】	朝食 ・ 昼食 ・ 夕食
○現在の健康状態について(流行性疾患等の疑い含む)			
(1) 平熱 ( ) °C			
(2) 健康状態 【 良好 ・ 不良 】 ( 月 日現在)			
(3) (1) で不良と回答した方			
・受診の有無 【 有 ・ 無 】 (医療機関 )			
・診断名 ( )			
・集団生活 【 可 ・ 非 】 非の場合 ( 月 日から可)			
・投薬の必要性 【 有 ・ 無 】 ※有の場合は利用時に薬剤情報提供書を必ずご持参下さい。			
○今までにかかった病気			
腎 炎	無 ・ 有 ( 歳 ヶ月)	川	無 ・ 有 ( 歳 ヶ月)
	治療 ( 治療済 ・ 治療中 )	崎	治療 ( 治療済 ・ 治療中 )
	かかりつけ医 ( )	病	かかりつけ医 ( )
	内服 ( 有 ・ 無 )		内服 ( 有 ・ 無 )
糖 尿 病	無 ・ 有 ( 歳 ヶ月)	熱	無 ・ 有 ( 歳 ヶ月)
	治療 ( 治療済 ・ 治療中 )	性	治療 ( 治療済 ・ 治療中 )
	かかりつけ医 ( )	け	かかりつけ医 ( )
	内服 ( 有 ・ 無 )	い	内服 ( 有 ・ 無 )
先 天 性 心 疾	無 ・ 有 ( 歳 ヶ月)	そ	病名 ( )
	治療 ( 治療済 ・ 治療中 )	の	( 歳 ヶ月)
	かかりつけ医 ( )		治療 ( 治療済 ・ 治療中 )
	内服 ( 有 ・ 無 )	他	かかりつけ医 ( )
			内服 ( 有 ・ 無 )

※熱性けいれんがあるお子さんは、利用できません。

<p>○お子さんの体質について</p> <p>暑がり・寒がり・風邪を引きやすい・肘関節が外れやすい・便秘がち 吐きやすい・下痢しやすい・皮膚が弱い・熱を出しやすい・特になし その他 ( )</p> <p>食物以外のアレルギー：ハウスダスト・花粉・その他 ( )</p>	
<p>○お子さんについて</p> <p>性格 ( )</p> <p>家での様子 ( )</p> <p>安心するもの、好きな遊び等 ( )</p> <p>苦手なもの、嫌いなこと等 ( )</p>	
<p>○食事の形態と食物アレルギーについて</p> <p>現在の食事の内容について</p> <p>(1) 【 離乳食 ・ 一般 】</p> <p>(2) (1) で「離乳食」に○をつけた方のみ回答。</p> <p>・何回食ですか ( 回食)</p> <p>・食事形態 ( )</p> <p>(3) おやつについて</p> <p>・1日何回食べていますか ( 回)</p> <p>・どのようなおやつを食べていますか ( )</p> <p>○食物アレルギーについて</p> <p>(1) 食物アレルギーの有無【 有 ・ 無 】</p> <p>(2) (1) で「有」に○をつけた方のみ回答。</p> <p>・医師の診断を受けていますか。 ( 有 ・ 無 )</p> <p>・医師から食事制限をするよう指示を受けていますか。 ( 有 ・ 無 )</p> <p>・制限する種類を記入。</p> <p>卵・生魚・生野菜・牛乳・小麦・大豆・落花生・そば・その他 ( )</p> <p>・症状等(例) <u>生卵を食べると発疹が出ることもある。</u></p> <p>( )</p> <p>(3) 試したことのない種類を記入</p> <p>卵・生魚・生野菜・牛乳・小麦・大豆・落花生・そば・その他 ( )</p>	
<p>○送迎について</p> <p>○送迎方法 車 ・ 電車 ・ 徒歩 ・ その他 ( )</p> <p>○送り日時等 月 日 時間 : (送り担当者: )</p> <p>○迎え日時等 月 日 時間 : (迎え担当者: )</p>	
<p>○特別に配慮が必要なこと</p>	

木更津市子育て短期支援事業 児童票 ( 記入例 )

調査年月日	令和 7 年 5 月 1 日	記載者	木更津 花子 続柄 ( 母 )
フリガナ 利用児童名	キサラヅ ハジメ 木更津 はじめ	性別	H23 年 6 月 6 日生 13 歳 11 か月 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
勤 務 状 況	父勤務先	△△△(株)	職種 会社員 電話 00-0000
	勤務時間	8 : 30 ~ 17 : 30	
	休日	<input checked="" type="radio"/> 定休 土・日	曜日 / 不定休 週 日
	母勤務先	〇〇書店	職種 パート 電話 00-0000
	勤務時間	10 : 00 ~ 15 : 00	
	休日	定休	曜日 / <input checked="" type="radio"/> 不定休 週 2 日
○食事希望の有無について			
来所時の希望		【 <input checked="" type="radio"/> 有・無 】 朝食 ・ <input checked="" type="radio"/> 昼食 ・ <input checked="" type="radio"/> 夕食	
退所時の希望		【 <input checked="" type="radio"/> 有・無 】 <input checked="" type="radio"/> 朝食 ・ 昼食 ・ 夕食	
○現在の健康状態について(流行性疾患等の疑い含む)			
(1) 平熱 ( 36.5 ) °C			
(2) 健康状態 【 <input checked="" type="radio"/> 良好 ・ 不良 】 ( 5 月 1 日現在)			
(3) (1) で不良と回答した方			
・受診の有無 【 有 ・ 無 】 (医療機関 )			
・診断名 ( )			
・集団生活 【 可 ・ 非 】 非の場合 ( 月 日から可)			
・投薬の必要性 【 有 ・ 無 】 ※有の場合は利用時に薬剤情報提供書を必ずご持参下さい。			
○今までにかかった病気			
腎 炎	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 ( 歳 ヶ月)	川	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 ( 歳 ヶ月)
	治療 ( 治療済 ・ 治療中 )	崎	治療 ( 治療済 ・ 治療中 )
	かかりつけ医 ( )	病	かかりつけ医 ( )
糖 尿 病	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 ( 歳 ヶ月)	熱	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 ( 歳 ヶ月)
	治療 ( 治療済 ・ 治療中 )	性	治療 ( 治療済 ・ 治療中 )
	かかりつけ医 ( )	け	かかりつけ医 ( )
	内服 ( 有 ・ 無 )	い	内服 ( 有 ・ 無 )
先 天 性 心 疾	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 ( 歳 ヶ月)	そ	病名 ( )
	治療 ( 治療済 ・ 治療中 )	の	( 歳 ヶ月)
	かかりつけ医 ( )		治療 ( 治療済 ・ 治療中 )
	内服 ( 有 ・ 無 )	他	かかりつけ医 ( )
			内服 ( 有 ・ 無 )

※熱性けいれんがあるお子さんは、利用できません。

○お子さんの体質について

暑がり・寒がり・風邪を引きやすい・肘関節が外れやすい・便秘がち  
吐きやすい・**下痢しやすい**・皮膚が弱い・熱を出しやすい・**特になし**  
その他 ( )  
食物以外のアレルギー：ハウスダスト・花粉・その他 ( )

○お子さんについて

性格 ( **物静か** )  
家での様子 ( **部屋にこもりがち、ゲーム** )  
安心するもの、好きな遊び等 ( **ゲーム** )  
苦手なもの、嫌いなこと等 ( **人見知り** )

○食事の形態と食物アレルギーについて

現在の食事の内容について

- (1) 【 離乳食 ・ **一般** 】  
(2) (1) で「離乳食」に○をつけた方のみ回答。  
・何回食ですか ( 回食 )  
・食事形態 ( )  
(3) おやつについて  
・1日何回食べていますか ( **1** 回 )  
・どのようなおやつを食べていますか ( **ポテトチップス、カップラーメン** )

○食物アレルギーについて

- (1) 食物アレルギーの有無【 有 ・ **無** 】  
(2) (1) で「有」に○をつけた方のみ回答。  
・医師の診断を受けていますか。 ( 有 ・ 無 )  
・医師から食事制限をするよう指示を受けていますか。 ( 有 ・ 無 )  
・制限する種類を記入。  
卵・生魚・生野菜・牛乳・小麦・大豆・落花生・そば・その他 ( )  
・症状等 (例) 生卵を食べると発疹が出ることがある。  
( )  
(3) 試したことのない種類を記入  
卵・生魚・生野菜・牛乳・小麦・大豆・落花生・そば・その他 ( )

○送迎について

○送迎方法 **車** ・ 電車 ・ 徒歩 ・ その他 ( )  
○送り日時等 **6月 13** 日 時間 **9:00** (送り担当者: **母** )  
○迎え日時等 **6月 14** 日 時間 **10:00** (迎え担当者: **母** )

○特別に配慮が必要なこと