

木更津市子育て短期支援事業 児童票

記入年月日	令和 年 月 日	記載者	続柄:		
フリガナ		男 ・ 女	生年月日		年齢
利用児童名			H・R	年 月 日	歳
フリガナ		男 ・ 女	生年月日		年齢
利用児童名			H・R	年 月 日	歳
フリガナ		男 ・ 女	生年月日		年齢
利用児童名			H・R	年 月 日	歳
フリガナ		男 ・ 女	生年月日		年齢
利用児童名			H・R	年 月 日	歳

○保護者勤務状況

保護者名: _____ 続柄: _____

勤務先名: _____ 電話番号: _____

勤務時間: _____ 休日:定休 曜日 / 不定休 週 日

○保護者勤務状況

保護者名: _____ 続柄: _____

勤務先名: _____ 電話番号: _____

勤務時間: _____ 休日:定休 曜日 / 不定休 週 日

施設名	ヴィオラ ・ びっき
-----	------------

○利用日 令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()

○食事

ショートステイ	トワイライト
【来所日】朝食・昼食・夕食	【来所日】朝食・昼食・夕食
【宿泊中】朝食・昼食・夕食	
【退所日】朝食・昼食・夕食	

○送迎方法 車・電車・徒歩・その他()

送り時間 月 日 時間 : (送り担当者:)

迎え時間 月 日 時間 : (迎え担当者:)

○利用日 令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()

○食事

ショートステイ

トワイライト

【来所日】朝食・昼食・夕食

【来所日】朝食・昼食・夕食

【宿泊中】朝食・昼食・夕食

【退所日】朝食・昼食・夕食

○送迎方法 車・電車・徒歩・その他()

送り時間 月 日 時間 : (送り担当者:)

迎え時間 月 日 時間 : (迎え担当者:)

○利用日 令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()

○食事

ショートステイ

トワイライト

【来所日】朝食・昼食・夕食

【来所日】朝食・昼食・夕食

【宿泊中】朝食・昼食・夕食

【退所日】朝食・昼食・夕食

○送迎方法 車・電車・徒歩・その他()

送り時間 月 日 時間 : (送り担当者:)

迎え時間 月 日 時間 : (迎え担当者:)

○配慮が必要なこと

フリガナ	
利用児童名	
<p>○健康状態</p> <p>(1) 平熱 ()℃</p> <p>(2) 食物以外のアレルギー : 有 ・ 無 ()</p> <p>(3) 最近(1ヶ月位)にかかった病気</p> <p>病名 :</p> <p>内服薬 : 有 ・ 無 (現在服薬している薬)</p> <p>(4) 今までにかかった病気 ※該当する病名に○をつけて、詳細な内容をご記入ください。</p> <p>腎炎 ・ 川崎病 ・ 糖尿病 ・ 先天性心疾患 ・ 熱性けいれん ・ その他(病名)</p> <p>かかった年齢: 歳 ヶ月頃</p> <p>治療 : 治療済み ・ 治療中</p> <p>内服薬 : 有 ・ 無 (薬名)</p> <p><u>※熱性けいれんがあるお子さんは利用できません。</u></p>	
<p>○お子さんについて</p> <p>(1) 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>(2) 性格、好きな遊び、苦手なこと等 ()</p>	
<p>○食事について</p> <p>(1) おやつ 1日()回 よく食べるもの ()</p> <p>(2) 食物アレルギー (有 ・ 無)</p> <p>(3) 食物アレルギー「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 : 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。</u>()</p> <p>(4) 食べたことのない食品に○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>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)

記入年月日	令和 8 年 4 月 10 日	記載者	木更津 花子 続柄: 母	
フリガナ	キサラヅ ハジメ	男 ・ 女	生年月日	年齢
利用児童名	木更津 はじめ		H・R 23 年 6 月 6 日	14 歳
フリガナ	キサラヅ ハルコ	男 ・ 女	生年月日	年齢
利用児童名	木更津 春子		H・R 3 年 7 月 7 日	4 歳
フリガナ		男 ・ 女	生年月日	年齢
利用児童名			H・R 年 月 日	歳
フリガナ		男 ・ 女	生年月日	年齢
利用児童名			H・R 年 月 日	歳
○保護者勤務状況				
保護者名: 木更津 太郎		続柄: 父		
勤務先名: △△△(株)		電話番号: 00-0000		
勤務時間: 8:30~17:30		休日: 定休 土・日 曜日 / 不定休 週 日		
○保護者勤務状況				
保護者名: 木更津 花子		続柄: 母		
勤務先名: ○○書店		電話番号: 00-0000		
勤務時間: 10:00~15:00		休日: 定休 曜日 / 不定休 週 2 日		
施設名	ヴィオラ ・ びっき			
○利用日 令和 8 年 4 月 18 日(土) ~ 令和 8 年 4 月 19 日(日)				
○食事				
ショートステイ	月~土の利用	トワイライト	夜間利用(月~土の夕方~) 休日利用(日曜・祝日)	
【来所日】	朝食・ 昼食 ・夕食	【来所日】	朝食・昼食・夕食	
【宿泊中】	朝食 ・ 昼食 ・ 夕食			
【退所日】	朝食 ・昼食・夕食			
○送迎方法 車 ・電車・徒歩・その他()				
送り時間	4 月 18 日 時間 9 : 00	(送り担当者: 母)		
迎え時間	4 月 19 日 時間 10 : 00	(迎え担当者: 母)		

※利用回数が複数の場合は、裏面にもご記入ください。

○利用日 令和 8 年 4 月 25 日(土) ~ 令和 8 年 4 月 25 日(土)

○食事

ショートステイ

【来所日】朝食・**昼食**・夕食

【宿泊中】朝食・昼食・夕食

【退所日】朝食・昼食・夕食

トワイライト

【来所日】朝食・昼食・夕食

○送迎方法 **車**・電車・徒歩・その他()

送り時間 4 月 26 日 時間 10 : 00 (送り担当者: 父)

迎え時間 4 月 26 日 時間 16 : 00 (迎え担当者: 父)

○利用日 令和 8 年 4 月 26 日(日) ~ 令和 8 年 4 月 26 日(日)

○食事

ショートステイ

【来所日】朝食・昼食・夕食

【宿泊中】朝食・昼食・夕食

【退所日】朝食・昼食・夕食

トワイライト

【来所日】朝食・**昼食**・夕食

○送迎方法 **車**・電車・徒歩・その他()

送り時間 4 月 26 日 時間 10 : 00 (送り担当者: 母)

迎え時間 4 月 26 日 時間 16 : 00 (迎え担当者: 母)

○配慮が必要なこと

フリガナ	キサラツ ハジメ
利用児童名	木更津 はじめ
<p>○健康状態</p> <p>(1) 平熱 (36.5)℃</p> <p>(2) 食物以外のアレルギー : 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/></p> <p>(3) 最近(1ヶ月位)にかかった病気 病名 : 内服薬 : 有 ・ 無 (現在服薬している薬)</p> <p>(4) 今までにかかった病気 ※該当する病名に○をつけて、詳細な内容をご記入ください。 腎炎 ・ 川崎病 ・ 糖尿病 ・ 先天性心疾患 ・ 熱性けいれん ・ その他(病名) かかった年齢: 歳 ヶ月頃 治療 : 治療済み ・ 治療中 内服薬 : 有 ・ 無 (薬名)</p> <p><u>※熱性けいれんがあるお子さんは利用できません。</u></p>	
<p>○お子さんについて</p> <p>(1) 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 <input checked="" type="radio"/> 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>(2) 性格、好きな遊び、苦手なこと等 (物静か、部屋にこもりがち、ゲームが好き)</p>	
<p>○食事について</p> <p>(1) おやつ 1日(1)回 よく食べるもの (ポテトチップス、せんべい)</p> <p>(2) 食物アレルギー (<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無)</p> <p>(3) 食物アレルギー「有」に○をつけた方のみ回答。 ・医師の診断を受けていますか。 (<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無) ・医師から食事制限をするよう指示を受けていますか。 (<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無) ・制限する種類 : <input checked="" type="radio"/> 卵 ・ 生魚 ・ 生野菜 ・ 牛乳 ・ 小麦 ・ 大豆 ・ 落花生 ・ そば ・ その他() 症状等(例) <u>生卵を食べると発疹が出る。</u> (<input checked="" type="radio"/> 口の周りが赤くなる。)</p> <p>(4) 食べたことのない食品に○を記入 卵 ・ 生魚 ・ 生野菜 ・ 牛乳 ・ 小麦 ・ 大豆 ・ 落花生 ・ そば ・ その他()</p>	
<p>特別に配慮が必要なこと</p>	

フリガナ	キサラツ ハルコ
利用児童名	木更津 春子
<p>○健康状態</p> <p>(1) 平熱 (36.3)℃</p> <p>(2) 食物以外のアレルギー : 有・<input checked="" type="radio"/>無)</p> <p>(3) 最近(1ヶ月位)にかかった病気 病名 : 内服薬 : 有・無 (薬名)</p> <p>(4) 今までにかかった病気 ※該当する病名に○をつけて、詳細な内容をご記入ください。 腎炎・川崎病・糖尿病・先天性心疾患・熱性けいれん・その他(病名) かかった年齢: 歳 ヶ月頃 治療 : 治療済み・治療中 内服薬 : 有・無 (薬名)</p> <p><u>※熱性けいれんがあるお子さんは利用できません。</u></p>	
<p>○お子さんについて</p> <p>(1) <input checked="" type="radio"/>暑がり・<input type="radio"/>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>(2) 性格、好きな遊び、苦手なこと等 (<input checked="" type="radio"/>活発、<input checked="" type="radio"/>外遊びが好き、<input checked="" type="radio"/>暗いところが苦手)</p>	
<p>○食事について</p> <p>(1) おやつ 1日(1)回 よく食べるもの (<input checked="" type="radio"/>チョコレート、<input checked="" type="radio"/>クッキー)</p> <p>(2) 食物アレルギー (有・<input checked="" type="radio"/>無)</p> <p>(3) 食物アレルギー「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 : 卵・生魚・生野菜・牛乳・小麦・大豆・落花生・そば・その他() 症状等(例) <u>生卵を食べると発疹が出る。</u>()</p> <p>(4) 食べたことのない食品に○を記入 卵・生魚・生野菜・牛乳・小麦・大豆・落花生・そば・その他()</p>	
<p>特別に配慮が必要なこと</p>	