

ショートステイ利用時連絡表【協力家庭利用】（小学生）

児童名					記入日	記入者
生年月日	平成 令和	年	月	日生	令和	年 月 日
				歳	ヶ月	
食事	好きな物			苦手な物		
おやつ	好きな物			苦手な物		
食事の様子	良く食べる・食が細い（箸・スプーン）				特記事項 〔 〕	
食物アレルギー等 (食べてはいけない食べ物等)						
睡眠	午睡	AM.	:	~	:	眠りにつく時の様子
		PM.	:	~	:	
	就寝~起床	PM.	:	~AM.	:	
健康	平熱	℃				【使用可の場合は○、不可は×】 <皮膚疾患・ケア> ワセリン () 虫除け () ムヒ () その他の塗り薬(けが・やけど等) ()
	今までにかかった大きな 病気・定期通院等					
	熱性 ケイ レン	無	有 【いつ頃ですか】			
		【ケイレン時の注意点】			【その他気を付けること】	
薬のアレルギー 有・無 〔 〕						
こどもの様子	・協力家庭に伝えておきたいこと（お家での様子等）				【他機関等の利用経験】 ・ショートステイの経験 <あり・なし> ・お泊まりの経験 <あり・なし>	

※この連絡表に記入されている情報は、個人情報保護法に基づき、当該児童がショートステイサービスを利用する時以外での使用はいたしません。