

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
				令和 年 月 日	
生年月日	平成 令和 年 月 日生	歳 ヶ月	小学校 年		
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	A.M. : ~ :		眠りにつく時の様子	
		P.M. : ~ :			
	就寝～起床	P.M. : ~ A.M. :			
健康	平熱	℃		【使用可の場合は○、不可は×】	
	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】 <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）（ ） 【その他気を付けること】	
		【ケイレン時の注意点】			
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。