

年 月 日

アセスメントシート

保 護 者	住所 ( 〒 _____ )	電話 _____		
	氏名 _____			
	ふりがな _____			
	児 童	氏 名		
	男 ・ 女	年 月 日		
	通園・通学先名 _____			
	かかりつけの医療機関名 _____	電話 _____		
	当該児童を除く 同居する世帯員氏名	生年月日	当該児童 との続柄	職業及び勤務先 (学校名等)
緊 急 連 絡 先	① 氏名 _____ (続柄 _____) ) 電話番号 _____			
	② 氏名 _____ (続柄 _____) ) 電話番号 _____			
	③ 氏名 _____ (続柄 _____) ) 電話番号 _____			

当該児童の状況	
周 産 期	妊 娠 中 の 異 常 ( な し ・ あ り )
	出 生 時 体 重 _____ g
	出 産 は ( 予 定 ど お り ・ _____ 日 早 か っ た ・ 遅 か っ た ) ( 在 胎 _____ 週 )
	出 産 時 の 異 常 ( な し ・ あ り )



既往歴	<p>はしか： _____歳 _____か月                      水ぼうそう： _____歳 _____か月</p> <p>百日咳： _____歳 _____か月                      おたふくかぜ： _____歳 _____か月</p> <p>B型肝炎： _____歳 _____か月（キャリアでない・ある）</p> <p>その他の感染症（具体的に）：</p> <p>熱性けいれん： 初回 _____歳 _____か月                      最後は _____歳 _____か月（これまでに _____回）</p> <p>喘息・喘息様気管支炎： 毎日薬を飲んで _____いる          ・ _____いない・発作時だけ          _____毎日吸入療法をして _____いる・ _____いない・発作時だけ</p> <p>アトピー性皮膚炎： _____ない・ある                      （治療は内服薬・食事療法）</p> <p>その他（具体的に）：</p> <p>入院したこと _____ない・ある（病名 _____歳 _____か月）          _____（病名 _____歳 _____か月）          _____（病名 _____歳 _____か月）</p>
常時内服	<p>喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で常時内服しているお薬があれば具体的にお書きください。（内服時間も）</p>
食事	<p>食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。</p>
その他	<p>体質（薬物アレルギー等）やくせなど心配なこと・配慮してほしいことについて具体的にお書きください。</p>

注) 保護者の就労状況や児童の状況を在園している園に確認させていただく場合があります。

確認させていただいた内容は、病児・病後児保育に必要なときのみ使用し、他には使用いたしません。