



ショートステイ健康カード



○利用当日、施設に必ず提出してください。

○お子さま1人につき1枚必要です。

(記入日) 年 月 日 時 分

児童氏名						
普段の生活状況		起床時間	:	食事時間	朝	:
		就寝時間	:		昼	:
					夜	:
今日の健康状態	体温	体温 _____ °C				
	食欲	<input type="checkbox"/> 有				<input type="checkbox"/> 無
	睡眠	<input type="checkbox"/> 充分				<input type="checkbox"/> 寝不足 (_____ 時間)
※その他の状況	ぜんそく	<input type="checkbox"/> 有 (治療方法: _____) <input type="checkbox"/> 無				
	けいれん	過去 _____ 回程度 直近でけいれんがあった日: _____ 年 _____ 月 _____ 日				
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 有 (場所: _____) <input type="checkbox"/> 無				
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 (種類: _____) <input type="checkbox"/> 無				
	食事量	<input type="checkbox"/> 多め	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少なめ		
	排泄	<input type="checkbox"/> 1人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助		
	おむつ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	おねしょ	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> 時々する	<input type="checkbox"/> しない		
	入浴	<input type="checkbox"/> 1人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助		
着替え	<input type="checkbox"/> 1人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助			
●●その他、伝えておきたいことをご記入ください●●						

※印の部分は前回と変更が無い場合に記載を省略することができます。

※新型コロナウイルス感染拡大防止のため、次の項目に該当があるお子さまの利用はご遠慮ください。

○発熱・せき・のどの痛みのいずれかの症状がある

○味覚・嗅覚障害、強いだるさ(倦怠感)などがある

○新型コロナウイルス感染者の濃厚接触者など

○接触確認アプリ(COCoA)やLINEコロナお知らせシステムから通知が来た