

児童連絡票

本書記載の情報は千代田区育児支援訪問事業実施のため、委託事業者への提供に同意します。

平成 年 月 日

(申請者氏名) _____

ふりがな 氏 名		性 別	
生年月日	平成 年 月 日	平熱	. °C
通所先 (園、小学校)	名称	電話番号	
かかりつけ 医療機関	名称	電話番号	
健康状態	アレルギー (皮膚・食物)	有 () ・ 無	
	ひきつけ	有 (いつ 様子) ・ 無 (例:熱が 39度以上になるとひきつけをおこすことがある等ありましたら、お書きください。)	
	既往症		
生活の様子	睡眠	寝起き (良い・悪い) 寝つき (良い・悪い)	
	食事	1 自立・ 一部介助・ 全部介助 * 食事の形状、偏食の有無、食べさせ方など ()	
	排泄	自立・ 一部介助・ 全部介助 ()	
留意点や本人の 好む行動など			
その他			