

(1児童につき1枚お書きください)

\*取扱注意\*

おねがい会員登録カード②

# アセスメントシート

静岡市緊急サポートセンター

会員No.〇ー	ふりがな	男	生年月日 H . .
第 子	子どもの名前	女	愛称
産まれた時の状態 ★体重 _____ g ★身長 _____ cm ★出生 第 子 ★現在の平均体温 _____ °C ★分娩の経過 正常・異常・逆子・吸引・帝王切開		普段の睡眠について ★お昼寝の時間 : ~ : / : ~ : ★起床時間 就寝時間 ★寝かせつけ方 (おんぶ、抱っこ、添い寝など)  ★寝ぐずりは ある ・ ない ★その他 (おしゃぶりが必要など)	
★脱臼の癖が ある ・ ない ★嘔吐しやすい体質 はい ・ いいえ ★ひきつけ ある ・ ない (ある方・・・どのようなとき/状態・処置)		★乳児：母乳・混合・ミルク(1日 回) ★離乳食・普通食/アレルギー 無・有 ( ) ★好きな飲み物	
★普段の便の回数・状態 ★排泄 (おむつ、トレーニング中、自立など)		★保育に関して、普段気をつけていること・お願いなど	
★発熱時・病時期の普段の対応			
★既往歴 / 麻疹 (はしか) ・ 風疹 (三日ばしか) ・ 水痘 (水ぼうそう) ・ おたふくかぜ ぜんそく ・ じんましん ・ 突発性発疹 ・ 溶連菌感染症 ・ その他 ( )			
★予防接種 / ヒブ(1・2・3・4) ・ 肺炎球菌(1・2・3・4) ・ B型肝炎(1・2・3) ・ ロタウイルス(1・2・3) 三種混合(1・2・3・4) ・ ポリオ(1・2・3・4) ・ 四種混合(1・2・3・4) ・ BCG MR (麻疹・風疹) (1・2) ・ 水ぼうそう (1・2) ・ おたふくかぜ (1・2) ・ 日本脳炎(1・2・3・4) ・ その他 ( )			
★入院歴 / ない ・ ある (時期 : 病状 : )			
★備考			

\*サポート依頼時は、情報提供と十分な打合せを行ってください。

\*この情報は必要に応じて緊急サポート時に提供させていただきます。

サイン ( \_\_\_\_\_ )