

長井市病児保育事業利用連絡票

病児保育施設長 宛

〒

保護者住所

保護者氏名

自宅（携帯）電話番号

病児保育の利用について下記のとおり連絡いたします。

利用施設

	氏名	性別	生年月日・年齢	緊急連絡先
ふりがな 利用児童		男・女	年 月 日	① ()
			才 ヶ月	② ()
利用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
児童を保育 できない理由				
前日の様子	症 状 ()			
	最高体温 () 時ごろに ()℃			
	食 欲 (あり ・ なし) 食べたもの ()			
	排泄(便) (なし・普通・硬便・軟便・泥状便・水様便)		回数 () 回	
	排泄(尿) (多い ・ 普通 ・ 少ない)		回数 () 回	
	嘔 吐 (あり ・ なし)		ありの時	回数 () 回
	解熱剤 (使用した・使用しない)		使用した場合の時間	(時頃)
	その他 ()			
今朝の様子	症 状 ()			
	体 温 () 時 () 分ごろに ()℃			
	食 欲 (あり ・ なし) 食べたもの・時刻 (:) ()			
	排泄(便) (なし・普通・硬便・軟便・泥状便・水様便)		回数 () 回	
	排泄(尿) (多い ・ 普通 ・ 少ない)		回数 () 回	
	嘔 吐 (あり ・ なし)		ありの時	回数 () 回
	睡眠時間 (: ~ :)			
	その他 ()			
栄養方法	1 授乳中 : 母乳 ・ 人工 ・ 混合 (1回 cc× 回)			
	2 離乳食 (ドロドロ ・ 舌でつぶせる ・ 歯でかめる) 3 普通食			
食事状況	1 全面介助 2 一人で食べるがかなりこぼす 3 一人で食べる(箸・スプーン)			
排 泄	1 おむつ (排泄を教える ・ 教えない) 2 時々おもらし 3 自立			
アレルギー	あり ・ なし (具体的に:			
注意事項				

※表面は、あらかじめ保護者をご記入ください。裏面は主治医に記入していただいでください。