

年 月 日

上山市病児保育事業利用連絡票

〒 ー

保護者住所 _____

保護者氏名 _____ (印)

(氏名を記載し、押印に代えて、署名でも可)

上山市病児保育事業の利用について、下記のとおり連絡いたします。

	氏名	性別	生年月日・年齢	電話番号
フリガナ 利用児童		男・女	年 月 日	自宅
			才 ヶ月	携帯
児童を保育 できない理由				
利用希望日時 (最長7日間)	月 日 () : ~ :	月 日 () : ~ :		
	月 日 () : ~ :	月 日 () : ~ :		
前日の様子	症状 () 体温 () 時ごろに () °C 食べたもの () 排泄(便) (なし・普通・軟・泥状便の水様便) 回数 () 回 排泄(尿) (多い・普通・少ない) 回数 () 回 その他 ()			
今朝の様子	症状 () 体温 () 時 () 分ごろに () °C 食べたもの・時刻 () 排泄(便) (なし・普通・軟・泥状便の水様便) 時刻 (:) 排泄(尿) (多い・普通・少ない) 回数 () 回 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			
その他 (連絡事項)				

裏面もご記入ください。

病 状 等 記 入 欄

病状・症状 (番号に○) 16 以降はお預 かりできない 場合あり	1 感冒・感冒様症候群	2 咽頭炎
	3 扁桃腺炎	4 気管支炎
	5 喘息・喘息性気管支炎	6 消化不良症
	7 感冒性嘔吐症	8 自家中毒症
	9 中耳炎・外耳炎	10 結膜炎
	11 膿痂疹	12 突発性発疹症
	13 手足口病	14 伝染性紅班(りんご病)
	15 その他()	
	16 流行性耳下腺炎(腫れて5日経っていること)	
	17 麻疹(解熱後2日経過していること)	
	18 水痘(すべての発疹がかさぶたになっていること)	
	19 風疹(発疹がでてから7日経っていること)	
	20 百日咳(特有の咳が消失していること)	
	21 インフルエンザ(発症後5日かつ解熱後3日経過していること)	
	22 咽頭結膜熱(症状消失後2日経過していること)	
	病名不明のとき	
	23 発熱	24 下痢
	25 嘔吐	26 喘鳴
	27 発疹	28 その他()
安静度	1 ベッド上安静	
	2 隔離室で隔離	
	3 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可)	
	4 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)	
薬の処方	1 投薬なし	
	2 投薬あり(与薬依頼書を提出してください。薬剤情報提供書参照)	
食事 (昼食)	ミルク・牛乳のみ・離乳食(前期・中期・後期)・幼児食 アレルギー(なし・あり:具体的に)	
その他 (主治医からの 指示事項)		
主治医確認	病児保育の利用について 年 月 日主治医から診断を受け、上記のとおり助言をいただきました。 医療機関名 TEL	