

東根市病後児保育利用連絡票

平成 年 月 日

〒

保護者 住所

氏名

フリガナ	性別	生年月日	身長・体重	登録番号
児童氏名	男・女	平成 年 月 日生	cm	No.
		年齢 歳児 (4/1現在)	kg	
緊急連絡先 電話番号	自宅	携帯①	(続柄)	
	勤務先	携帯②	(続柄)	
児童を保育 できない理由				
利用日時 (最長7日間)	月 日() : ~ : , 月 日() : ~ : 月 日() : ~ : , 月 日() : ~ : 月 日() : ~ : , 月 日() : ~ : 月 日() : ~ : ,			
前日の様子	症状 () 体温 (°C、 時 分ころ測定) 食べたもの () 排泄 (便) (普通・軟・泥状便・水様便) 回数 回、なし (尿) (多い・普通・少ない) 回数 回 その他 ()			
今朝の様子	症状 () 体温 (°C、 時 分ころ測定) 食べたもの () 排泄 (便) (普通・軟・泥状便・水様便) 回数 回、なし (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・歯ぐきでつぶせる) 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 知らせる・知らせない) 2 時々おもらし 3 自立			

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 い場合があります	1 感冒・感冒様症候群 3 扁桃腺炎 5 喘息・喘息性気管支炎 7 感冒性嘔吐症 9 中耳炎・外耳炎 11 膿痂症 13 手足口病 15 その他 ()	2 気管支炎 4 消化不良症 6 自家中毒症 8 結膜炎 10 突発性発疹症 12 伝染性紅班(りんご病) 14 咽頭症
	16 流行性耳下腺炎 17 麻疹 18 風しん 19 水痘 20 百日咳 21 インフルエンザ	○左記感染症 お預かりの目安 流行性耳下腺炎 (腫れてから5日経過していること) 麻疹 (解熱後2日経過していること) 風しん (発疹が出てから7日経過していること) 水痘 (すべての発疹がかさぶたになっていること) 百日咳 (特有の咳が消失していること) インフルエンザ (解熱後2日経過していること) ※上記はあくまで目安です。お子さんの状態が安定していることが 条件となりますので、利用に際しては、主治医にご相談ください。
	病名が不明のとき 22 発熱 24 嘔吐 26 発疹	23 下痢 25 ぜんめい (呼吸時にぜいぜいしている) 27 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可) 4 室内保育(他児との室内での遊び可)	
希望する食事 (昼食)内容	ミルク・牛乳・離乳食(初期・中期・後期)・普通食 *アレルギー食は対応できない場合があります。	
薬の処方	1 投薬なし 2 投薬あり(お薬手帳を参照)	
その他 指示事項		
病後児保育を利用できる旨、平成 年 月 日に主治医から助言をいただきました。		
医療機関名	担当医師名 電話番号	