

川西町病児保育事業利用連絡票

施設長 殿



〒 -

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 **げんきルーム**

	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 ()
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() : ~ :			
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・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 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・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 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			
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。

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 17 水痘※ 18 風疹 19 百日咳 20 インフルエンザ <p align="center">※病気の症状によっては、お預かりできない場合があります。</p> ----- 病名不明のとき 21 発熱 22 下痢 23 嘔吐 24 喘鳴 25 発疹 26 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(お薬手帳を参照)
食 事 (昼 食)	ミルク ・ 牛乳のみ ・ 離乳食(前期・中期・後期) ・ 幼児食 <p align="center">*アレルギー食は対応できない場合があります。</p>
その他 (指示事項)	
主治医確認	平成 年 月 日 病児保育の利用は可能と認めます。 <p align="center">医療機関名</p> <p align="center">医 師 名 印</p> <p align="center">TEL</p>