

※コピーして使用してください。

利用会員→支援会員

家庭からの病状連絡票【病後児保育用】

利用会員No.

利用会員氏名

医師より「千代田区訪問型一時保育 病後児保育利用連絡票」の通り診断を受けましたので、以下の通り「病後児保育」を依頼します。万が一、急を要する対応をせざるを得ない場合は、支援会員の判断を了承します。
尚、利用会員との連絡が取れず、医師への受診後、緊急の処置等が必要な場合も、医師の判断を了承します。

ふりがな											生 年 月 日	年 月 日 才 ヶ月							
子どもの 名前	(男・女)																		
保育時間	月 日 : ~ 月 日 :										場 所	☐ 利用会員宅 ☐ 支援会員宅 ☐ その他()							
緊急連絡先	(携帯)										(勤務先)								
今朝の様子 (現在見られる 症状)	時間	AM	5	6	7	8	9	10	11	12	Pm	1	2	3	4	5	6	7	8
	睡眠																		
	体温																		
	食事																		
	水分																		
	便・尿																		
	薬																		
	子どもの様子・症状など																		
	咳・鼻水・発疹・嘔吐・下痢・頭痛・咽頭痛・その他：																		
	体温	時		分		時点		℃		(発熱は 月 日から)									
食事	・普通食		・消化のいいもの		・水分のみ		・食べられない												
排泄	・普通便		回		・軟便		回		・下痢		回								
前日の様子	子どもの様子・症状など(何時頃、どういう症状があったかを具体的にご記入ください)																		
	咳・鼻水・発疹・嘔吐・下痢・頭痛・咽頭痛・その他：																		
	体温	時		分		時点		℃		(発熱は 月 日から)									
	食事	・普通食		・消化のいいもの		・水分のみ		・食べられない											
	排泄	・普通便		回		・軟便		回		・下痢		回							
与薬の依頼	以下の薬を処方されています。保護者に代わって以下のとおり服用をお願いします。 薬の形状： 与薬時間： 食前 食直後 食後 分 その他： 飲ませ方：																		
気になる事 要望など																			
引渡し	お迎えの方		(続柄：)										予定時刻		時 分				

※ 与薬は処方薬を1回分のみお預かりします。症状やお薬の種類により対応が異なりますので事前にご相談下さい。