

別記様式第4号 (第8条関係)

家庭との連絡票 (太枠内を記入してください。)

児童氏名		年 月 日生	歳 か月
利用日	年 月 日()	迎え時間	: 迎え (父・母・その他)
連絡先	父・母・その他()	携帯・勤務先・自宅・その他	TEL

		家庭での様子		病児保育室での様子	
健康	体温	前夜: °C/今朝: °C	午前: °C/午後: °C		
	便	普通・軟・下痢・水様・便秘(日から無) (昨日・今朝 : /昨夜から 回)	普通・軟・下痢・水様・無 () () ()		
	尿	多い ・ 普通 ・ 少ない	多い ・ 普通 ・ 少ない		
	鼻水	多い ・ 少し ・ ない	多い ・ 少し ・ ない		
	咳	多い ・ 少し ・ ない	多い ・ 少し ・ ない		
	嘔吐	無 ・ 有 (時間 / 回)	無 ・ 有 (時間 / 回)		
	発疹	無・有 (顔・足・手・お腹・お尻・背中・口)	無・有 (顔・足・手・お腹・お尻・背中・口)		
他症状					
食事	昨夕	普通食・少し()・水分のみ・摂取なし	昼食	普通・少し()・水分のみ	
	今朝	普通食・少し()・水分のみ・摂取なし	おやつ	普通・少し()・水分のみ	
投薬時間	朝	時 分	昼	時 分	
睡眠時間	: ~ :	(良眠・不眠)	: ~ :	(良眠・不眠)	
子どもの様子					

今回の利用について

- いつからこの症状が始まりましたか? 経過をお書きください。
- この病気で保育所や小学校などをお休みしましたか? いいえ・はい (月 日 ~ 月 日)
- 通っている保育所、幼稚園又は小学校などで流行している病気がありますか?
いいえ・はい (病名)

投薬依頼	保護者に代わって次のとおり投薬をお願いします。 保護者氏名 _____	
	薬の種類	水薬 ・ 粉薬 ・ 軟膏 ・ 点眼薬 ・ その他
	投薬時間	食前 ・ 食後 ・ 食間 ・ その他

※お預かりする薬は、「診療情報提供書」に記載されている処方内容のみとし、1回分のみを持参してください。