

城里町長

殿

保護者 住所
氏名
電話番号

病後児保育事業利用連絡票兼投薬依頼書

病後児保育事業の利用について、下記のとおり連絡します。

利用日	年 月 日 ()	初日 ・ 継続 日目
-----	-----------	------------

フリガナ 児童氏名		男・女	年 月 日生 (歳 か月)
--------------	--	-----	-------------------

通園施設等	施設名 :
-------	-------

児童の状況	別紙に記載
-------	-------

利用時間	入室 (時間: 時 分頃 送迎者: 続柄)
	退室 (時間: 時 分頃 送迎者: 続柄)

投薬	以下のとおり投薬を依頼します	
	今回の病気で処方された薬	
	処方日	年 月 日
	処方内容	薬剤情報提供書又はお薬手帳の写しを提出してください。
	薬の種類	粉 () 包 ・ 水薬 ・ その他 ()
	与薬時間	食前 ・ 食後 ・ その他 ()
	その他常用薬	
	医療機関名	
	処方日	年 月 日
	処方内容	薬剤情報提供書又はお薬手帳の写しを提出してください。
薬の種類	粉 () 包 ・ 水薬 ・ その他 ()	
与薬時間	食前 ・ 食後 ・ その他 ()	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の処方箋に基づいた薬に限ります。 ・ 液体、軟膏以外の薬は 1 回分ずつに分けて、容器や袋に氏名を記入してください。 ・ 与薬は、保護者の責任において行われます。 		

本日の 緊急連絡先	① 氏 名 _____ 児童との関係 ()
	電話番号 _____
	② 氏 名 _____ 児童との関係 ()
	電話番号 _____

(別紙) 児童の状況

現在の様子	体温	. 度 (時頃計測)
	睡眠時間	時 分頃から 時 分頃まで
	睡眠の程度	眠れた ・ まあまあ ・ 眠れない
	食事	昨夜：いつも食べる量と比べて (多い・同じ・少ない) 今朝 いつも食べる量と比べて (多い・同じ・少ない)
	排泄 (便)	なし ・ 普通 ・ 軟 ・ 硬
	症状等	
日常の様子 (初回のみ)	平熱	. 度
	アレルギー	有 () ・ 無
	食事	授乳中 (①母乳 ②人口 ③混合 1回 cc× 回) 離乳中 (①ドロドロ ②舌でつぶせる ③歯茎でつぶせる ④歯でかめる) 普通食 食事制限 ①必要 () ②不必要
	食事の介助	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 (はし スプーン)
	排泄	①おむつ (排泄教える 教えない) ②時々おもらし ③自立
	昼寝 (通常)	1 あり (時から 時まで) ・ なし 2 寝つき (良 否) 寝起き (良 否) 3 寝るときの癖はありますか。(例；横向き、指しゃぶり等 ()
	好きな遊び	
備考	その他伝えておきたいことがあれば、ここに記入してください。	

以下は病後児保育室が記載します。

登園時刻： 時 分 体温： . 度

連絡事項：

担当者サイン _____