

家庭からの連絡票

水口子育て支援センター病児保育室

提出日 令和 年 月 日

利用者名	フリガナ		記入者名	続柄()		
	(歳 カ月)					
病名						
熱	●前夜(時) °C		今朝(時) °C			
	●解熱剤使用 有・無		使用有の場合 最終使用日時(日 時)			
	●けいれん 有・無		有の場合、最後にけいれんがおきたのはいつですか (月 日 時間 : 頃)			
症状	・どのような症状ですか？ 以下のどれかに○をつけてください。 (熱・咳・下痢・嘔吐・骨折・発疹・風邪症状・喘息・その他) ・いつからですか。					
	鼻水	多・少・無	おう吐	無・有 (回)	せき	多・少・無
	ゼーゼー ヒューヒュー音	聞こえる・聞こえない	便	普通便・軟便・泥状便 水様便(回) 硬便 便秘(日)	尿	回数: 多・普通・少
睡眠	●時間 : ~ : (良眠・不眠)					
機嫌	●現在 良好・普通・不良 (だるそうにしている・興奮状態)					
飲水 食事量	●夕食() 量(普通・少ない・食べていない)					
	●朝食() 量(普通・少ない・食べていない)					
	●水分摂取量(多い・普通・少ない・飲んでいない)					
薬について 薬局からもらう薬剤情報提供書と薬を、看護師に手渡してください。						
保育時間内の与薬	有・無 有の場合薬の名前() *頓服薬使用前には、連絡を希望されますか? はい・いいえ					
薬剤説明書について	有・無 ※有の場合はコピーをさせていただきます					
薬の飲み方	そのまま 水に溶かして 飲み物に混ぜて その他()					
	コップで ストローで スプーンで その他()					
その他特記事項						

水口子育て支援センター 御中

病児・病後児保育室の利用について(同意書)

下記の内容を承諾のうえ、関係書類を添えて申し込みます。

1. 病児・病後児保育室では、医療行為は行いません。
2. お子さまの容態が悪化したり、治療が必要となったりした場合は、緊急連絡先に電話をしてお迎えに来ていただきます。(例・38.5℃以上の発熱、けいれん発作、ぐったりしている等) 必ず電話に出てくださいようお願いいたします。
3. 緊急の場合、救急車で病院へ搬送することもあります。
4. 薬剤情報提供書、またはお薬手帳の控えのとおり、保護者に代わり投薬します。
5. お迎えは時間厳守でお願いします。

令和 年 月 日

保護者氏名
(本人自署)