

_____市（町）病児・病後児保育事業利用連絡票

申請者（保護者）

〒 -

住所

氏名

_____市（町）病児・病後児保育事業の利用について、以下のとおり連絡します。

利用施設

	氏名（ふりがな）	生年月日・年齢		電話番号
登録児童		年 月 日 歳 か月		自宅
				携帯
緊急連絡先 <small>※ 登録時と変更があった場合に記入</small>	氏名	続柄	連絡先	
児童を保育できない理由	就労・傷病・事故・出産・冠婚葬祭・その他（ ）			
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（ ）℃			
	食べたもの（ ）			
	いつもの食べる量と比べて（ 多い ・ 同じ ・ 少ない ）			
	排泄（便）（ なし・普通・軟・泥状便の水様便 ） 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（ ）℃			
	食べたもの・時刻（ ）			
	いつもの食べる量と比べて（ 多い ・ 同じ ・ 少ない ）			
	排泄（便）（ なし・普通・軟・泥状便の水様便 ） 時刻（ ）：（ ）			
	排泄（尿）（ 多い・普通・少ない ） 回数（ ）回			
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				
主治医確認	病児・病後児保育事業を利用するため 令和 年 月 日主治医から助言をいただきました。 医療機関名 TEL			