〈 家庭との連絡票 〉

年　　月　　日(　　)

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

<table>
<tr><th colspan="5">家庭での様子</th></tr>
<tr><td>体 温</td><td colspan="2">平熱　　℃
夕　　℃(　:　)
今朝　　℃(　:　)</td><td>食 事</td><td>夕食　普通食　軟食
量　普通 ・ 少量
朝食　普通食　軟食
量　普通 ・ 少量</td></tr>
<tr><td>鼻 水
せ き
喘 鳴</td><td colspan="2">多い ・ 少ない ・ ない
多い ・ 少ない ・ ない
多い ・ 少ない ・ ない</td><td rowspan="2">水分量</td><td>ミルク　cc (　:　)
cc (　:　)
cc (　:　)　夕　普通　少量
今朝　普通　少量</td></tr>
<tr><td>嘔 吐</td><td colspan="2">夜　無 ・ 有(　回)
今朝　無 ・ 有(　回)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">便</td><td>普 通 便</td><td>(　:　)(　:　)(　:　)</td><td rowspan="2">薬</td><td>解熱剤 (　:　)
内服薬 (　:　)</td></tr>
<tr><td>軟　便</td><td>(　:　)(　:　)(　:　)</td></tr>
<tr><td>泥 状 便</td><td>(　:　)(　:　)(　:　)</td><td>睡 眠</td><td>良好 ・ 不眠</td></tr>
<tr><td>水 様 便</td><td>(　:　)(　:　)(　:　)</td><td>機 嫌</td><td>良好　倦怠　不良</td></tr>
<tr><td>尿</td><td colspan="2">多い　普通　少ない　ない</td><td>安静度</td><td>寝かせていた
起きてあそんでいた</td></tr>
<tr><td colspan="5">【備考】</td></tr>
</table>

＊同意事項＊

病児・病後児保育の利用にあたり、下記のことについて同意します。(□にレを入れてください)

□ 容態が急変し保護者に連絡がとれない場合は、
同意を得ずに医療機関での受診、治療を行うことがあります

初回のみの記入----------

- 水ぼうそう予防接種　□ 有　□ 無
- 麻疹(はしか)予防接種　□ 有　□ 無
- 熱性けいれん　□ 有　□ 無
- 既往歴

(　　)

☆ 利用されない時、キャンセル待ちの方のために必ず御連絡ください。

8:00～18:30　04-7157-2265

時間外　04-7157-2233

除去食依頼書

平成　　年　　月　　日

保護者名	
児童名	男 ・ 女　　年　　月　　日生

除去食を指示された医療機関名：

医療機関の電話番号：

担当医：

除去食を必要とした病名：

具体的な症状：

除去食を開始した時期：平成　　年　　月から

医師より指示された除去する食品は何ですか。　〇を付けて下さい。

卵（ 要 ・ 不要 ）　生卵（　　）・卵を用いた料理（　　）・卵を用いた菓子（　　）
つなぎに卵を用いた食品（　　）・鶏肉（　　）

牛乳（ 要 ・ 不要 ）　牛乳（　　）・乳製品（　　）・牛乳や脱脂粉乳を用いた料理（　　）
牛乳や脱脂粉乳を用いた菓子・食品（　　）

大豆（ 要 ・ 不要 ）　大豆油（　　）・大豆油を使用した食品（　　）
大豆製品（　　）・大豆加工品（　　）・豆類一般（　　）

その他食品で除去するものを記入してください。

月/日	保護者名	受領者

投薬依頼書

平成　　年　　月　　日（　　）

児童氏名：	保護者氏名：
生年月日　：H　　年　　月　　日	
受診した医療機関名： 名戸ヶ谷あびこ病院　（ 他院　　）	
病名：	

投薬する薬名		１回の量	与える時間
水			食前・食後 その他（　　）
粉		包	
解熱		目盛り 包	度以上 ［間隔　　］
坐薬		個	
その他（点眼）			食前・食後 その他（　　）

※ 他に指示された用法などありましたらお書きください。

利用日	受けた保育者	投薬した保育者
年　月　日（　）		朝：　昼：　夕：
年　月　日（　）		朝：　昼：　夕：
年　月　日（　）		朝：　昼：　夕：
年　月　日（　）		朝：　昼：　夕：
年　月　日（　）		朝：　昼：　夕：
年　月　日（　）		朝：　昼：　夕：
年　月　日（　）		朝：　昼：　夕：