

除去食依頼書

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： 年 月から

医師より指示された除去する食品は何ですか。 ○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 |
|-----|------|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

〈 家庭での連絡票 〉

年 月 日()

氏名 _____

家庭での様子

| | | | | | | |
|-----|--------------|----------------------|-------|----------------------|----------|----------|
| 体 温 | 平熱 | ℃ | 食 事 | 夕食 普通食 軟食 量 普通・少量 | | |
| | 夕 | ℃(:) | | 朝食 普通食 軟食 量 普通・少量 | | |
| 鼻 水 | 多い・少ない・ない | | 水分量 | ミ ル ク | cc(:) | 夕 普通 少量 |
| | 多い・少ない・ない | | | | cc(:) | 今朝 普通 少量 |
| せ き | 多い・少ない・ない | | 薬 | 解熱剤(:) | | |
| | 多い・少ない・ない | | | 内服薬(:) | | |
| 喘 鳴 | 夜 無・有(回) | | 睡 眠 | 良好・不眠(: ~ :) | | |
| | 今朝 無・有(回) | | | 機 嫌 | 良好 倦怠 不良 | |
| 嘔 吐 | 普通便 | (:)(:)(:)(:) | 安 静 度 | | 寝かせていた | |
| | 軟 便 | (:)(:)(:)(:) | | 起きてあそんでいた | | |
| | 泥状便 | (:)(:)(:)(:) | | | | |
| | 水様便 | (:)(:)(:)(:) | | | | |
| 尿 | 多い 普通 少ない ない | | | | | |

★ 同居の家族に発熱等の風邪の症状がみられる方は、いないですか？ (口にレ点を入れてください)

有 無

* 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。(口にレ点を入れてください)

- 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

初回のみ記入 -----

- ・ 予防接種 水ぼうそう 有 無
- 麻疹(はしか) 有 無
- ・ 熱性けいれんの経験は、ありますか？ 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