

保護者からの病状連絡票

保護者氏名

○茅野市病児・病後児保育施設を利用する際に、記入してご持参ください。

令和 年 月 日 記入

ふりがな 児 童 氏 名		男 女	生年月日 平成・令和 年 月 日		
愛 称		園・ 小学校 年			
緊急時の連絡先	① 氏名 () 続柄 () 連絡先 - -				
	② 氏名 () 続柄 () 連絡先 - -				
希 望 日 時	年 月 日 ()				
	時 分 ~ 時 分				
昼食提供の希望	希望する ・ 希望しない ※希望される場合は、実費を徴収します				
今日の健康状態	1 発症 月 日 () 昨夜の熱 °C 今朝の熱 °C 2 症状 (カッコ内の該当するものに○をつけてください) 咳 (多い・少ない) 鼻水 (多い・少ない) 鼻づまり (あり・なし) 機嫌 (よい・普通・悪い) 食欲 (あり・なし) 朝食 (食べた・食べない) 便 (便秘・普通・軟便・下痢 回) 最終排便 (時 分頃) 嘔吐 (あり (回)・なし) 睡眠 (良い (時~ 時)・不眠)				
定期的に通院している病気がありますか	あ る (病名:) ・ な し				
毎日服用している薬がありますか	あ る (薬の名称:) ・ な し ○特別な飲ませ方等ある場合には記入してください				
家庭からの連絡					
お迎えに来る方	氏 名 () 児童との続柄 ()				
施設 記 入 欄	お迎えに来た方	氏 名 ()		お迎えに来た時間	時 分
	実際の保育時間	時 分 ~ 時 分まで			
	給食利用の有無 (実費)	有 (440円) ・ 無			
	確 認 欄	看 護 師	保 育 士	処 理 日	令和 年 月 日

保護者からの病状連絡票