

保護者からの病状連絡表

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		性別	生 年 月 日			年 齢
児童氏名		男 女	平成 令和	年 月 日	歳	ヶ月
園・学校	(保育園・幼稚園・こども園)			小学校		
緊急時の 連絡先	① 氏名 ( ) 続柄 ( )			連絡先 - -		
	② 氏名 ( ) 続柄 ( )			連絡先 - -		
利用希望	希望される方は○をつけてください シーツ (100 円) 昼食 (440 円) 施設利用料 (1,800 円) 合計 ( 円)					
発症からの 経過	発症日 (平熱 ℃) 月 日 ( ) 昨夜の熱 ℃ 今朝の熱 ℃ ○主な症状 今日までの様子					
今日の 健康状態	咳 多い・少ない・なし		ぜーぜー (喘鳴) あり・なし			
	鼻水 多い・少ない・なし		鼻づまり あり・なし			
	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		月 日 時 分頃
	尿 多い・普通・少なめ		発疹 あり・なし		機嫌 よい・普通・悪い	
	嘔吐 あり ( 回)・なし		睡眠 良い ( 時～ 時)・不眠			
家庭からの 連絡	○本日 薬の服用はありますか ある・なし ・薬の飲み方 (具体的に) ○体質 アレルギー あり ( )・なし 熱性けいれん あり・なし ・その他 (通院している病気や薬の有無 ほか 知らせておきたい事)					
お迎え予定	氏 名 ( )			時間 ( 時 分)		
施設 記入欄	来た人	氏 名 ( )			来た時間	時 分
	確認欄	看護師	保育士	処理日	令和 年 月 日	