

_____市（町）病児・病後児保育事業利用連絡票

申請者（保護者）

〒 990 -

住所 西村山郡朝日町

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 c c × 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			

※ 裏面もご記入ください。

