

市（町）病児・病後児保育事業利用連絡票（2日目以降用）

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。

希望日時	年 月 日 ( ) : ~ :	継続 日目
登録児童	(ふりがな)	生 年 月 日
		年 月 日 ( 歳 か月)
薬の処方	1 投薬なし 2 投薬あり（保育中の投薬の必要 有 ・ 無 ） ※有の方は「与薬依頼書」を提出してください。	
利用前日の睡眠状況	睡眠時間 ( : ~ : ) 睡眠の程度 ( 眠れた ・ まあまあ ・ 眠れない )	
児童の様子	症状 ( 熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 吐く ・ 腹痛 ・ 頭痛 ・ 発疹 ・ その他 ( ) 体温 ( ) 時ごろに ( ) °C 昨日から今朝まで食べたもの (夜 ) (朝 ) 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 その他気になることがあればお書きください。 ( )	
申請者以外が迎えに来る場合	迎えの時間 : 頃 氏 名 (続柄 )	