

〈 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	
	今朝	℃(:)				
鼻 水					水分量	
せ き	多い・少ない・ない					ミ ル ク
喘 鳴	多い・少ない・ない					
嘔 吐	夜 無・有(回)				薬	
	今朝 無・有(回)					解熱剤(:) 内服薬(:)
便	普通便	(:)	(:)	(:)	睡 眠	
	軟 便	(:)	(:)	(:)		良好・不眠(: ~ :)
	泥状便	(:)	(:)	(:)		機 嫌
	水様便	(:)	(:)	(:)		
尿	多い 普通 少ない ない				安 静 度	
					寝かせていた 起きてあそんでいた	

★ 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

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

