

【家庭からの連絡票及び薬連絡票】

利用日	2011年 月 日()	お子様名(ふりがな)
お迎えに来る方のお名前	お子様との関係()	お子様の年齢 歳 ヶ月
緊急連絡先	お迎えの時間	時 分

1、利用初日の方へ、いつからこの症状が始まりましたか??

2、利用2日目以降の方へ。「キッズパラダイス 病児保育室」帰宅後からの様子を教えてください。

3、昨日から今朝にかけての症状を教えてください。

4、薬・食べ物のアレルギーはありますか? なし・あり(薬品名・食品名)

体温	平熱	℃	前夜(時頃)	℃	今朝(時頃)	入室時	℃
鼻汁	多	・	小	・	無		
咳	多	・	小	・	無	(ゼイゼイ・コンコン・ゴホゴホ・ケンケン)	
嘔吐	無	・	有	月 日 時頃	合計 回	/食欲	有・無
下痢	無	・	有	月 日 時頃	合計 回	/便色や状態()	
尿	無	・	普通	・	少	/飲水量	多・普通・少・無
発疹	無	・	有	(部位)			
授乳	ミルク	CC(時間	:)	⇒ 次回ミルク	CC(:)	

解熱剤は使いましたか? いいえ ・ はい	薬を飲んだ時間 : 朝 時 分
解熱剤の体温: °C 月 日 時頃	内服薬 (水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤) そのまま飲める ・ その他() 外用薬 (ぬり薬 ・ ホクナリン ・ 目薬 ・ 点耳薬) その他 ☆受取者サイン☆
使用方法	

睡眠	就寝時間(時) ~ (時) ・よく眠れた ・眠りが浅かった ・ほとんど眠ってない 寝る時は ・とんとんされて寝る ・おんぶする ・抱っこされてねる ・添い寝する ・1人で寝る
----	---

特記事項記入欄

【同意書】
 上記に相違なく報告し、病児・病後児保育室の利用を申込みます。また、下記の事項全てに同意いたします。
 ①子どもの容態が急激に悪化した場合、私及び私の代理人が早急に迎えに行きます。また、医療機関での受診、治療、処置を行うことに同意し、要した費用についても支払います。
 ②万一の病児・病後児保育室内での感染は了承します。
 ③持参した食事に関する一切の責任は私にあることとし、
 万一持参した食事の摂取により子どもの体調に異変が生じても苦情は申しません。

平成 年 月 日 氏名 ⑩

