



病児保育 利用時病状連絡票

※流行性・伝染病は
お預かりできません

登録番号				
------	--	--	--	--

※利用日当日の朝に、必ずご持参ください。

利用日(記入日)	年 月 日			利用児の在籍	当園児・正進幼稚園児・一般(年生)
フリガナ				性別	生 年 月 日
利用児名				男・女	西暦 年 月 日 (歳 か月) [現在]
	登 園 (8:30分から)			降 園 (16:30分まで)	
利用内容	時 分	同伴者	母親・父親 その他(続柄)	時 分	同伴者 母親・父親 その他(続柄)

病名				受診日	月 日 ()
お薬	<input type="checkbox"/> 投薬を受け持参している <input type="checkbox"/> 持参していない			受診病院	
	▶ お薬を持参の場合、必ず別紙の「与薬依頼書」にご記入の上、薬剤情報提供書等がある場合は一緒にご持参ください				
現状	症状	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 喘息発作 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> その他			
	発熱	度 分	(平熱) 度 分	様子	<input type="checkbox"/> 元気がない <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> その他()

昨日からの症状について詳しくご記入ください

睡眠時間	時 分頃～ 時 分頃まで (良・不良)	最終排便	月 日() (普通・下痢・硬い)
今朝の朝食	食べられなかった・あり (少ない・普通・多い)	昨日の夕食	食べられなかった・あり (少ない・普通・多い)
座薬の投薬	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 使用した	▶ 【最終使用日時】	月 日() 時 分
症状の起こった最終時間	<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 喘息発作 <input type="checkbox"/> その他()		月 日() 時 分頃

【詳細を記入】

※該当するところに✓マークを記入し、記入する箇所には漏れの無いようにご記入をお願い致します。

内 容	該当するところに✓マークを記入		内 容	該当するところに✓マークを記入	
食 事	<input type="checkbox"/> ひとりできる	<input type="checkbox"/> 手助けが必要	排 便	<input type="checkbox"/> ひとりできる	<input type="checkbox"/> 手助けが必要
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> ひとりできる	<input type="checkbox"/> 手助けが必要	排 尿	<input type="checkbox"/> ひとりできる	<input type="checkbox"/> 手助けが必要

持参品	<input type="checkbox"/> ミルク・哺乳瓶	【量】 cc/1回	【回数】 /1日
	<input type="checkbox"/> バスタオル 枚	【最後の授乳】 時 分	【園で飲む時間】 時・ 時・ 時
	<input type="checkbox"/> タオル 枚	<input type="checkbox"/> 着替え	<input type="checkbox"/> おしり拭き
	<input type="checkbox"/> 飲み物(水筒)	<input type="checkbox"/> おむつ 枚	<input type="checkbox"/> おやつ

既往症	熱性けいれん <input type="checkbox"/> ない	初 回	歳 か月	アレルギー体質 <input type="checkbox"/> ある ▶ <input type="checkbox"/> ない ※食物アレルギー含む、具体的な内容を記入
	<input type="checkbox"/> ある ▶	最 後	歳 か月	
		これまでの回数	回	

上記の通り、クルメキッズランドを利用したいので申し込みます。

年 月 日

なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

310315

保護者

印

※事前登録時より変更がある場合、以下にご記入ください。

変更内容	<input type="checkbox"/> 住所・電話番号 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 医療証 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 病歴 <input type="checkbox"/> その他	左記の変更内容を具体的にご記入ください
------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------