

川西町病児保育事業利用連絡票

施設長 殿

〒 -

保護者住所

保護者氏名

病児保育の利用について下記のとおり連絡いたします。

利用施設

	氏名	性別	生年月日・年齢	電話番号
ふりがな 利用児童		男・女	年 月 日 才 ヶ月	自宅
				携帯
児童を保育 できない理由				
利用日時 (最長7日間)	月 日 () : ~ : 、 月 日 () : ~ :			
	月 日 () : ~ : 、 月 日 () : ~ :			
	月 日 () : ~ : 、 月 日 () : ~ :			
	月 日 () : ~ :			
前日の様子	症状 () 体温 () 時ごろに () °C 食べたもの () 排泄(便) (なし・普通・硬便・軟便・泥状便・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 () °C 食べたもの・時刻 () 排泄(便) (なし・普通・硬便・軟便・泥状便・水様便) 回数 () 回 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 cc× 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 1人で食べるがかなりこぼす 3 1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				

※ 表面は、あらかじめ保護者をご記入ください。裏面は主治医に記入していただいでください。

