

# 家庭用連絡票兼保育日誌

太枠内と服薬について記入の上、毎日提出してください  
 連続2日目以降は、■部分を記入してください

塩尻市病後児保育室

利用日	年 月 日( )	利用時間	時 分 ~ 時 分
児童名	年齢	歳 ヶ月	在籍施設名
氏名		続柄	電話番号
お迎えに来る人			お迎え時間 時 分
緊急連絡先①(上記以外)			給食 利用
緊急連絡先②(上記以外)			する ・ しない

		ご家庭での様子 <small>*太枠内をご記入ください</small>		施設での様子				
体調	検温	夜	朝	入室時	:	:	:	
		℃	℃	℃	℃	℃	℃	
	睡眠時間	: ~ :		: ~ :		: ~ :		
	機嫌	良 ・ 普通 ・ 不良		良 ・ 普通 ・ 不良				
諸症状	鼻水	多い ・ 少ない ・ なし		多い ・ 少ない ・ なし				
	せき	多い ・ 少ない ・ なし		多い ・ 少ない ・ なし				
	喘鳴	多い ・ 少ない ・ なし		多い ・ 少ない ・ なし				
	嘔吐	あり(1日 回) ・ なし		あり( 回) ・ なし				
		最終( 月 日 : ころ)						
	便	硬便 ・ 普通便 ・ 軟便 ・ 下痢便 ・ なし		あり( 回) ・ なし				
		あり(1日 回)(最終排便 月 日)		普通便 ・ 軟便 ・ 下痢便(色: )				
	尿	多い ・ ふつう ・ 少ない		多い ・ 少ない ( 回)				
発疹	あり(部位: ) ・ なし		あり(部位: ) ・ なし					
食事	食欲	あり ・ ふつう ・ なし		あり ・ ふつう ・ なし				
	食事内容	《夕食》	《朝食》	《昼食》	《おやつ》			
		母乳 ・ ミルク( ml)	母乳 ・ ミルク( ml)		午前			
アレルギー	あり( ) ・ なし			午後				
その他	特記事項 <small>※気を付けて欲しいことなどがありましたらご記入ください</small>			《病後児室での様子》				
〔病気の経過・お子様の様子を記入〕  「家庭での様子」								
					記録者			

# <持ち物>

※持ち物すべてに記名をお願いします。

提出書類	保護者記入	<input type="checkbox"/> 塩尻市病後児保育事業利用申請書兼利用明細書 <input type="checkbox"/> 家庭連絡票兼保育日誌	
	医師記入	<input type="checkbox"/> 病後児保育事業診療情報提供書	
くすり	※薬には、氏名と服用時間の記入をお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 薬、1回分 <input type="checkbox"/> 内服時に必要なゼリーなど <input type="checkbox"/> おくすり手帳又は薬剤情報提供書		
年齢別 持ち物	年齢	年齢別に必要なもの	
	0歳児 ～2歳児	<input type="checkbox"/> おむつ1日分 <input type="checkbox"/> おしりふき <input type="checkbox"/> 食事用エプロン 3枚 <input type="checkbox"/> 口拭き用おしぼり 3枚 <input type="checkbox"/> ミルク、哺乳瓶 <input type="checkbox"/> 母子手帳	<input type="checkbox"/> 着替えの服、下着(上下) <input type="checkbox"/> はし(2歳以上児) <input type="checkbox"/> マグ又はコップ <input type="checkbox"/> 午前睡用上掛け <input type="checkbox"/> ビニール袋(汚れ物入用 3枚) <input type="checkbox"/> おやつ(0～2歳は午前中の分も)
	3歳児以上	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 白飯(給食提供の方)	

# <与薬依頼書>

服用中のお薬がなければ記入の必要はありません。

本日昼に服薬する薬名:	与薬時間	月	日	:
	与薬者サイン			
薬の服薬方法: ①そのまま飲む ②コップ・スプーン・スポイトで飲む ③食事(アイス、ゼリー)に混ぜる ④その他( )				
外用薬: 点眼 保育中	回(右左両)	点耳 保育中	回(右左両)	塗り薬 保育中 回(部位)
◎最終内服状況				
朝の服薬 ( : 頃服薬 )	頓用薬: 有( )・無 ( : 頃服薬 )	座薬: 有( )・無 ( : 頃服薬 )		
◎今回の病気で使用した屯用薬について記入してください。				
解熱剤(薬剤名) を (回) 最終使用時間( 月 日 : 頃)				
抗けいれん薬(薬剤名)				
1回目( 月 日 : ) 2回目( 月 日 : ) 使用予定( 月 日 : )				
その他(薬品名) 最終使用時間( 月 日 : 頃)				
◎エピペンの使用: 有・無 →有の場合、エピペンのお預かりには医師の投薬指示書が必要です。別途記入用紙あり。				
アレルギーの原因となるものをご記入ください( )				
* 内服薬に関しては、与薬依頼書の記入がない場合は与薬することができません。 * 処方薬に限りお預かりすることができます。(市販薬はお預かりできません。) * お薬手帳か、薬の情報が記載されている説明書(薬剤情報提供書)のどちらかをお持ちください。 * 薬は1回分(昼分のみ)を小分けにしてください。シロップ(水薬)も1回分にしてお持ちください。 * 薬の袋に名前を記入してください。錠剤の場合は、透明の袋に入れ、袋に名前を記入してください。 * 初めて使用するお薬は、アレルギーや副作用を考慮し、ご自宅で飲ませて確認してからお持ちください。				
与薬の責任は保護者にあることに同意の上、薬剤情報提供書またはお薬手帳のとおり、保護者に代わって与薬することを依頼します。		保護者氏名		
		薬受領担当者		