|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 塩尻市病後児保育室 | | | | | | | | | | | | |
| 連続２日目以降は、**■**部分を記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | お迎え時間 | | | | | | | | |
| お迎えに来る人 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | 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　＊太枠内をご記入ください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| 午後 | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | |
| アレルギー | | | | | あり（　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| その他 | | | 特記事項 ※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 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 《病後児室での様子》 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| ご家庭での様子 〔病気の経過・お子様の様子をご記入〕 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| 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 | | | | | | | □　塩尻市病後児保育事業利用申請書兼利用明細書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　家庭連絡票兼保育日誌 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師記入 | | | | | | | □　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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　薬、１回分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 内服時に必要なゼリーなど | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　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 | | | | | | | □   おむつ1日分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ～2歳児 | | | | | | | □   おしりふき | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □着替えの服、下着（上下） | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | | □   食事用エプロン　３枚 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □はし(２歳以上児） | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | | □   口拭き用おしぼり　３枚 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □マグ又はコップ | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | | □   ミルク、哺乳瓶 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □午前睡用上掛け | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | | □   母子手帳 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ビニール袋（汚れ物入用　３枚） | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 3歳児以上 | | | | | | | □   歯ブラシ □ 白飯（給食提供の方) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □おやつ（０～２歳は午前中の分も） | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | |  | | |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  | | |  |  |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| ＜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そのまま飲める　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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | |