

# 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	:	:	:	
		°C	°C	°C	°C	°C	°C	
	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 : 頃)						
	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 · ふつう · 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 ※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》						
〔病気の経過・お子様の様子を記入〕 ご家庭での様子								
	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	<p>※薬には、氏名と服用時間の記入をお願いいたします。</p> <p><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</p>	
年齢別 持ち物	年齢	年齢別に必要なもの
	0歳児	<input type="checkbox"/> おむつ1日分 <input type="checkbox"/> おむつ替え用敷きタオル <input type="checkbox"/> おしりふき <input type="checkbox"/> 食事用エプロン3枚 <input type="checkbox"/> 口拭き用おしごり3枚 <input type="checkbox"/> ミルク、哺乳瓶 <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月未満児は昼食
	～2歳児	<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) <input type="checkbox"/> アレルギー除去食対応児は昼食
	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そのまま飲める ②コップ・スプーン・スポットで飲む 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