

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	:	:	:
		℃	℃	℃	℃	℃	℃
	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》 午前 午後	
		母乳 ・ ミルク(ml)	母乳 ・ ミルク(ml)				
	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》			
〔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	※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	<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歳は午前中のみ) <input type="checkbox"/> アレルギー除去食対応児は昼食
	0 歳児 ～2 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"/> 口拭き用おしぼり 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	
	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)
◎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。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> 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。 </div> <div style="width: 35%; background-color: #e0f0ff; padding: 5px;"> 保護者氏名 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 60%;"></div> <div style="width: 35%; background-color: #e0f0ff; padding: 5px;"> 薬受領担当者 </div> </div>	