

尾花沢市病児・病後児保育事業利用連絡票

申請者（保護者）

〒 -

住所

氏名

尾花沢市病児・病後児保育事業の利用について、以下のとおり連絡します。

利用施設

	氏名（ふりがな）	生年月日・年齢	電話番号
登録児童		年 月 日 歳 か月	自宅
			携帯
緊急連絡先 <small>※ 登録時と変更があった場合に記入</small>	氏名	続柄	連絡先
児童を保育できない理由	就労・傷病・事故・出産・冠婚葬祭・その他（ ）		
利用日時 (最長5日間)	月 日（ ） : ~ : 、 月 日（ ） : ~ :		
	月 日（ ） : ~ : 、 月 日（ ） : ~ :		
前日の様子	症状（ ）		
	体温（ ）時ごろに（ ）℃		
	食べたもの（ ）		
	いつもの食べる量と比べて（ 多い ・ 同じ ・ 少ない ）		
	排泄（便）（ なし・普通・軟・泥状便の水様便 ） 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（ ）℃		
	食べたもの・時刻（ ）		
	いつもの食べる量と比べて（ 多い ・ 同じ ・ 少ない ）		
	排泄（便）（ なし・普通・軟・泥状便の水様便 ） 時刻（ : ）		
	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 c c × 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 一人で食べるがかなりこぼす 3 一人で食べる (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			

※ 裏面もご記入ください。

病 状 等 記 入 欄

	1 感冒・感冒様症候群 3 扁桃腺炎 5 喘息・喘息性気管支炎 7 感冒性嘔吐症 9 中耳炎・外耳炎 11 膿痂疹 13 手足口病 15 その他（	2 咽頭炎 4 気管支炎 6 消化不良症 8 自家中毒症 10 結膜炎 12 突発性発疹症 14 伝染性紅班（りんご病）	
病状・症状 （番号に○） 16以降はお預かりできない場合があります	16 流行性耳下腺炎（腫れて5日経っていること） 17 麻疹（解熱後2日経過していること） 18 水痘（すべての発疹がかさぶたになっていること） 19 風疹（発疹がでてから7日経っていること） 20 百日咳（特有の咳が消失していること） 21 インフルエンザ（発症後5日経過かつ解熱した後2日（幼児にあつては3日）を経過していること）		
	22 咽頭結膜熱（症状消失後2日経過していること）		
	病名不明のとき 23 発熱 25 嘔吐 27 発疹		
安静度	1 ベット上安静 3 室内安静（ベットでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 4 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい。）		
薬の処方	1 投薬なし 2 投薬あり（保育中の投薬の必要 有・無）		
食 事 （昼 食）	ミルク ・ 牛乳のみ ・ 離乳食（前期・中期・後期） ・ 幼児食 *アレルギー食は対応できない場合があります。		
その他 （指示事項）			
利用施設 <small>※必ず医師の判断を受けて記入してください。</small>	<input type="checkbox"/> 症状の急変は認められないが、病気の回復期に至っていない（病児保育対応） <input type="checkbox"/> 病気の回復期にある（病後児保育対応）		
主治医確認	病児・病後児保育事業を利用するため 令和 年 月 日主治医から助言をいただきました。 医療機関名 TEL		
申請者以外が迎えに来る場合	迎えの時間 : 頃 氏 名 (続柄)		