

尾花沢市病児・病後児保育事業利用連絡票（2日目以降用）

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。

|               |  |                  |
|---------------|--|------------------|
| 希望日時          | 年 月 日 ( ) : ~ :  | 継続 日目            |
| 登録児童          | (ふりがな)   | 生 年 月 日          |
|               |  | 年 月 日<br>( 歳 か月) |
| 薬の処方          | 1 投薬なし<br>2 投薬あり（保育中の投薬の必要 有 ・ 無 ） ※有の方は「与薬依頼書」を提出してください。  |                  |
| 利用前日の睡眠状況     | 睡眠時間 ( : ~ : )<br>睡眠の程度 ( 眠れた ・ まあまあ ・ 眠れない )  |                  |
| 児童の様子         | 症状 ( 熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 吐く ・ 腹痛 ・ 頭痛 ・ 発疹 ・<br>その他 ( )<br>体温 ( ) 時ごろに ( ) °C<br>昨日から今朝まで食べたもの (夜 )<br>(朝 )<br>いつもの食べる量と比べて ( 多い ・ 同じ ・ 少ない )<br>排泄(便) ( なし ・ 普通 ・ 軟 ・ 泥状便の水様便 ) 回数 ( ) 回<br>排泄(尿) ( 多い ・ 普通 ・ 少ない ) 回数 ( ) 回<br>その他気になることがあればお書きください。 ( ) |                  |
| 申請者以外が迎えに来る場合 | 迎えの時間 : 頃<br>氏 名 (続柄 )   |                  |