

町田市病後児保育事業 病後児保育室『ひまわり』利用連絡票 (1枚目)

病後児保育を利用するにあたり、子どもの状況について以下のとおり連絡します。

記入者(保護者) _____ 児童名 _____

(利用日 年 月 日)

お子さんが今回かかった医療機関		担当医師
		TEL _____
お子さんの症状(○印) ◇ 発熱 ◇ せき ◇ 下痢 ◇ 嘔吐 ◇ 喘鳴 ◇ 発疹 ◇ その他[]		病名(診断で分かっているとき、○印) ◇かぜ(上気道炎・扁桃腺炎・咽頭炎) ◇気管支炎 ◇(感冒性・流行性)嘔吐・下痢症 ◇喘息 ◇急性胃腸炎 ◇その他[]
症状(病状の経過を記入) いつ頃からどんな症状がでましたか 受診日(月 日) 医師よりどのような説明を受けましたか その後の経過 解熱剤使用 : なし・あり (日 時) 抗痙攣剤使用 : なし・あり (日 時)		
ひまわりでの与薬(該当するものに○印、薬剤情報提供書をご持参下さい) [内服] 与薬方法 : 食前・食間・食後・指定時間(時頃) 薬の内容 : 抗生物質・せき・鼻汁・整腸剤・下痢止め 吐き気止め・その他() [点眼] 部位 : 右眼・左眼・両眼 時間() [軟膏] 部位 : () 時間() [その他] 座薬・湿布・() 使用の目安・部位()		現在使用中の薬 (左記以外)
医師からの指示(該当するものに○印) 1他児との静かな遊びは可。 2他児と室内で普通にあそんでよい。 3その他		食事(希望する番号に、○印) 1、離乳食(前期・中期・後期)・乳児食(完了期) 2、幼児食 3、アレルギー [除去内容] 4、その他 [配慮点]

災害時連絡先 (本日の連絡先以外)

- 1 氏名 _____ 続柄 _____ 連絡先 _____
- 2 氏名 _____ 続柄 _____ 連絡先 _____