町田市病児病後児保育事業　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(〇印)		病名(診断で分かっているとき。〇印)	
◇ 発　熱	◇ せ　き	◇かぜ(上気道炎・扁桃腺炎・咽頭炎)	◇気管支炎
◇ 下　痢	◇ 嘔　吐	◇(感冒性・流行性)嘔吐・下痢症	◇喘息
◇ 喘　鳴	◇ 発　疹	◇急性胃腸炎	
◇ そ の 他 [　　]		◇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(該当するものに〇印、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(該当するものに〇印)	食事(希望する番号に、〇印)
1.他児との静かなあそびは可。	1.離乳食（ 初期　・　中期　・　後期　・　完了期 ）
2.他児と室内で普通にあそんでよい。	2.幼児食
3.その他	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＿＿＿＿＿＿＿＿