

〈 家庭との連絡票 〉

年 月 日()

氏名 _____

家庭での様子									
体 温	平熱	℃		食 事	夕食	普通食	軟食		
	夕	℃(:)			量	普通	少量		
今朝	℃(:)		朝食		普通食	軟食			
			量		普通	少量			
鼻 水 せ き 喘 鳴	多い・少ない・ない		水分量	ミ ル ク	CC (:)	夕	普通	少量	
	多い・少ない・ない				CC (:)				
	多い・少ない・ない				CC (:)	今朝	普通	少量	
嘔 吐	夜 無・有(回)		薬	解熱剤 (:)					
	今朝 無・有(回)			内服薬 (:)					
便	普通便	(:)	(:)	(:)	睡 眠	良好・不眠			
	軟 便	(:)	(:)	(:)		機 嫌	良好 倦怠 不良		
	泥状便	(:)	(:)	(:)			安静度	寝かせていた	
	水様便	(:)	(:)	(:)		起きてあそんでいた			
尿	多い 普通 少ない ない								
【備考】									

* 同意事項 *

病児・病後児保育の利用にあたり、下記のことについて同意します。(口にレを入れてください)

- 容態が急変し保護者に連絡がとれない場合は、
同意を得ずに医療機関での受診、治療を行うことがあります

初回のみ記入-----

- 水ぼうそう予防接種 有 無
- 麻疹(はしか)予防接種 有 無
- 熱性けいれん 有 無
- 既往歴

()

☆ 利用されない時、キャンセル待ちの方のために必ず御連絡ください。

8:00~18:30 04-7157-2265

時間外 04-7157-2233

除去食依頼書

平成 年 月 日

保護者名	
------	--

児童名	男 ・ 女	年	月	日生
-----	-------	---	---	----

除去食を指示された医療機関名：

医療機関の電話番号：

担当医：

除去食を必要とした病名：

具体的な症状：

除去食を開始した時期：平成 年 月から

医師より指示された除去する食品は何ですか。 ○を付けて下さい。

卵（要 ・ 不要） 生卵（ ）・卵を用いた料理（ ）・卵を用いた菓子（ ）
 つなぎに卵を用いた食品（ ）・鶏肉（ ）

牛乳（要 ・ 不要） 牛乳（ ）・乳製品（ ）・牛乳や脱脂粉乳を用いた料理（ ）
 牛乳や脱脂粉乳を用いた菓子・食品（ ）

大豆（要 ・ 不要） 大豆油（ ）・大豆油を使用した食品（ ）
 大豆製品（ ）・大豆加工品（ ）・豆類一般（ ）

その他食品で除去するものを記入してください。	月/日	保護者名	受領者

