

我孫子市病児・病後児保育施設 管理者殿

我孫子市ファミリーサポートセンター事業 提供会員殿



我孫子市病児・病後児保育 利用連絡票

利用申請日	年 月 日
児童氏名	
生年月日	年 月 日(歳 カ月)

我孫子市病児・病後児保育の利用について、次の通り連絡します。

【医師記入欄】

病名	
現在の状況	

受診日 年 月 日

医療機関名

主治医氏名



【保護者記入欄】

現在の投薬処方 (処方箋写しの添付も可)					
体調	体温	(°C)			
	機嫌	1 良い	2 普通	3 悪い	
	鼻汁	1 多い	2 少ない	3 ない	
	咳	1 多い	2 少ない	3 ない	
	吐き気	1 なし	2 吐いた(回数: 回	最後に吐いた時期:)
	排便	1 硬い	2 普通	3 軟らかい	4 下痢 (1日の排便回数: 回 最後に排便した時期:)
生活	保育中の留意点				
	習癖(くせ)				
食事	食欲	1 普通	2 あまり食べない	3 全く食べない	
	昼食	1 普通食	2 離乳食	3 軽食(下痢時)	
	食物アレルギーの有無	1 無	2 有	除去内容()	
	牛乳	1 可 (温め要・温め不要)	2 不可		

病児・病後児保育施設で保育する際に他の利用者がある場合には、病気が感染する可能性があることを承知した上で利用を申請します。

保護者氏名



※記名押印に代えて署名することができます。

この利用連絡票は、次の期間に医師が記入したものが有効です。また、連続利用は休日を含み7日間を限度とします。

①病児・病後児保育施設を利用する場合: 利用開始日の前2日以内

②ファミリーサポートセンター事業(病児・病後児保育施設の送迎を除く)を利用する場合: 利用開始日の前1日以内

※ファミリーサポートセンター事業提供会員への提出はコピーでも可