

与薬依頼票 (保護者記載用)

記入年月日 :

依頼先 保育園名	我孫子市病後児保育所 こどもデイルームみらい				
依頼者 保育者氏名			連絡先 Tel		
児童氏名			携帯		
主治医 医療機関名 :			Tel		
担当医師名 :			Fax		
病名 (又は症状)					
<p>① 持参したくすりは 年 月 日に処方された 日分のうち本日分 ② 保管は (○印) 室温・冷蔵庫・その他 () ③ くすりの剤型 (○印) 錠剤・粉末・液 (シロップ)・外用薬・その他 () ④ くすりの内容 (○印) 抗生素質・解熱剤・咳止め・下痢止め・かぜ薬・外用薬 ()</p>					
調剤内容					
<p>⑤ 使用する日時 年 月 日～ 月 日 午前・午後 時 分 昼食の 分前・ 分後 その他具体的に ()</p>					
⑥ 外用薬などの使用法					
⑦ その他の注意事項					
☆薬剤情報提供書	あり (この文書と一緒にご持参ください)・なし				

*「こどもデイルームみらい」記載欄

受領者署名:

受領年月日 :

投与者署名:

投与年月日時刻:

実施状況など:

食物アレルギー疾患届 (保護者記載用)

記入年月日： 年 月 日

依頼先： 我孫子市病後児保育所 こどもデイルームみらい

保護者名：

児童氏名： 男・女 生年月日： 年 月 日

除去を指示された医療機関名：

担当医師名：

TEL:

除去食を必要とした診断名：

具体的な症状：

除去食開始時期： 年 月から

医師より指示された除去食は何ですか？ (該当する食物に○印)

1、 卵

4、 そば

2、 牛乳

5、 ピーナッツ

3、 小麦

6、 その他 ()

※ アナフィラキシー症状の既往 (該当する項目に○)

あり ・ なし

「あり」の場合：原因食物 _____

症状及び対応方法 ()

* 発症年月日 年 月 日

* 「子どもデイルームみらい」記載欄

担当保育士：

受領年月日：

実施状況など：

家庭との連絡票

※太枠内を御記入ください

御利用日: 年 月 日 ()

お子さんのお名前:

年齢(才)ヶ月)

家庭での様子		病児・病後児保育室での様子	
体温	前夜: °C (PM :)	°C (:)	°C (:)
	朝: °C (AM :)	°C (:)	°C (:)
鼻汁	多い・少ない・ない	多い・少ない・ない	
咳	多い・少ない・ない	多い・少ない・ない	
喘鳴	多い・少ない・ない	多い・少ない・ない	
嘔吐	前夜: なし・あり(回) 朝: なし・あり(回)	AM: なし・あり(回) PM: なし・あり(回)	
便	硬・普・軟・泥状・水様 (PM 回、AM 回)	硬・普・軟・泥状・水様 (回)	
尿	多い・普通・少ない	多い・普通・少ない	
水分量	前夜: 普通・少量 / 朝: 普通・少量	普通・少量	
食事	夕食:いつも通り・少量・食べない (食べたもの:)	昼食 :	
	朝食:いつも通り・少量・食べない (食べたもの:)	補食 :	
	普段の食欲:よく食べる・普通・小食		
	ミルクの量:一日 回/ cc ずつ	その他	ミルクの量: 回 / cc
薬	飲み薬(朝) 内服 / 内服せず	飲み薬	内服(:) / 内服せず
	外用薬 (塗り薬・点眼・点耳・座薬・貼薬) 使用 / 使用せず	外用薬	(塗り薬・点眼・点耳・座薬・貼薬) 使用(:) / 使用せず
	解熱剤 使用 (PM・AM :) / 使用せず		
	抗けいれん ダイアップ・その他()		
	薬 使用 (PM・AM :) / 使用せず	その他	
睡眠 (: ~ :) 良眠・眠り浅め・不眠		(: ~ :) 良眠・眠り浅め・不眠	
機嫌 よい・わるい・その他()		よい・わるい・その他()	
安静度 寝かせていた・起きて遊んでいた		寝かせていた・起きて遊んでいた	
子どもの様子			

備考欄