

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		携帯	
	児童氏名	男・女	歳	か月	日
主治医	医療機関名：	Tel			
	担当医師名：	Fax			
病名 (又は症状)					
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) 抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・かぜ薬・外用薬 ()					
調剤内容					
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 ()					
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	<u>「あり」の場合：原因食物</u>
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 :) 朝: °C (AM :)	°C (:) °C (:) °C (:) °C (:) °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:) 朝食: いつも通り・少量・食べない (食べたもの:) 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	昼食: : 補食: : その他 ミルクの量: 回 / cc	
薬	飲み薬(朝) 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 解熱剤 使用 (PM・AM :) / 使用せず 抗けいれん薬 ダイアアップ・その他 () 使用 (PM・AM :) / 使用せず	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 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