

家庭等の連絡票

利用する児童の氏名

※太枠線内をご記入ください

本日のお迎え予定時間(:)		お迎えに来る方()	
本日の連絡先()()		お子さんとの関係()	
登園不可の場合、翌日も利用を希望されますか		(希望する ・ 希望しない)	
※保育体制によりご希望に添えないこともあります。			
今朝の体温: °C		来園時の体温: °C	
嘔吐	昨夜: 無 ・ 有(回)	今朝: 無 ・ 有(回)	
鼻水	多 ・ 中 ・ 少 ・ 無	尿	多 ・ 普 ・ 少
便の状態	昨日	普通 回 ・ 軟便 回	泥状 回 ・ 水様 回
	今日	普通 回 ・ 軟便 回	泥状 回 ・ 水様 回
	なし	日間	
せき	多 ・ 中 ・ 少 ・ 無	呼吸の状況(げーぜー)	多 ・ 中 ・ 少 ・ 無
発疹	無 ・ 有 (部位:)	かゆみ	無 ・ 有 (部位:)
内服薬 ※服用時刻	・飲まない ・飲んだ →前夜(:) ・当日朝(:)	外用薬 ※使用薬に○	・使用せず ・使用した(塗り薬 ・ 点眼 ・ 点耳)
※下記4項目は使用のある場合のみ記入してください。			
熱冷まし	飲み薬 ・ 座薬 →直近使用時刻(:)	けいれん止め	飲み薬 ・ 座薬 →直近使用時刻(:)
はきけ止め	飲み薬 ・ 座薬 →直近使用時刻(:)	自宅吸入	吸入薬() 吸入した時間(:)(:)
水分量	昨夜: 普通 ・ 少量	食事	夕食: 普通 ・ 少量 ・ 無
	今朝: 普通 ・ 少量		朝食: 普通 ・ 少量 ・ 無
睡眠	(: ~ :) 眠れる ・ 時々起きる ・ 眠れず		
機嫌	よい(普段通り遊んでいる) ・ だるそう ・ ぐずり気味 ・ 興奮		
過去に罹患した感染症	はしか ・ おたふくかぜ ・ 水ぼうそう ・ 風疹 ・ 百日咳 ・ その他()		
ひきつけの有無	無 ・ 有 どんな時() いつ頃() 回数()		
	熱性けいれん 無 ・ 有 起きやすい体温(度)		
脱臼	無 ・ 有 (部位:)		
*家庭での様子やご質問などをご記入ください (身体的・健康上のことで心配なことがありましたら記入してください)			

保険証等	保険者番号	記号	番号	子ども医療費受給者番号

- 上記に相違なく報告し、下記の事項すべてに同意いたします。
- ① 子どもの容態が急激に悪化した場合、緊急連絡先に記載の者が早急に迎えに行きます。また、医療機関での受診、治療、処置を行うことに同意し、要した費用についても支払います。
 - ② 警報等の発令により病児保育室の閉鎖をしなければならなくなった場合、緊急連絡先に記載の者が早急に迎えに行きます。
 - ③ 万一の病児保育室内での感染については了承します。
 - ④ 持参した食事に関する一切の責任は私にあることとし、万一持参した食事の摂取により子どもの体調に異変が生じても苦情は申しません。
 - ⑤ 利用時間にかかわらず、利用料の支払いに同意いたします。
 - ⑥ 保育室での規則を守り、守れなかった際には、今後の利用ができなくなる場合があることに同意いたします。

令和 年 月 日 氏名:

次ページのチェック事項も必ずご確認ください。

《ご家庭で用意していただくもの》

持ち物には必ずお名前をご記入ください。チェック欄を使用して、忘れ物の内容にご注意ください。

保護者チェック	物品	数量	備考	職員チェック 入室時・退室時
<input type="checkbox"/>	健康保険証		番号等の確認後、返却します	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	子ども医療費受給者証			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	母子手帳			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	重度心身障害者受給者証等の公費受給者証		お持ちの方のみ(番号確認後、返却します)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	お薬手帳、薬剤情報提供書または、処方せん		与薬依頼書の内容と一致しているか確認します	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	大きめのビニール袋	3枚以上	汚れ物や使用済みオムツを入れます	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	お昼寝布団	1組	午睡の時使用します	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	着替え(楽な服装・パジャマ)	3組以上	下着を含む(多めにお持ちください)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	バスタオル、タオルケット、ブランケット	1～2枚	シーツ等として使用します	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	紙おむつ・パンツ類・使い捨ておしりふき	5枚以上	下痢等がある場合は多めに用意してください	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	タオル(ハンドタオル)	3枚	口拭き、汗拭き、高熱時のアイスノン使用時に使います	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	食事用エプロン	2枚	必要なかたのみ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	主治医の処方薬	必要数量	1回分ずつ分けて記名してください ※シロップは瓶のままお持ちください	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	昼食・おやつ・飲み物		病状に応じて食べやすいものをお持ちください 経口補水液等の水分を多めにお持ちください	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	粉ミルク・哺乳瓶		1回分ずつ分けて量と名前をご記入ください	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	その他必要なもの (おもちゃなど)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

お迎え時サイン	氏名	続柄	時間	:
---------	----	----	----	---

受付担当者