

山形市病児・病後児保育事業
緊急サポートネットワーク事業利用連絡票
(病児・病後児保育 やまがた子育てサポート応援団用)

〒 -

保護者住所

保護者氏名

山形市病児・病後児保育事業もしくは緊急サポートネットワーク事業の利用について
下記のとおり連絡いたします。

利用施設・まかせて会員名

	氏 名	性 別	生年月日・年齢	電話番号
フリガナ		男 ・ 女	年 月 日	自宅
利用児童			才 ヶ月	携帯
児童を保育 できない理由				
利用日時 (最長7日間)	月 日() : ~ : 、 月 日() : ~ : 月 日() : ~ : 、 月 日() : ~ :			
前日の様子	症状 () 体温 ()時ごろに()℃ 食べたもの () 排泄(便)(なし ・ 普通 ・ 軟 ・ 泥状便の水様便) 回数()回 排泄(尿)(多い ・ 普通 ・ 少ない) 回数()回 その他()			
今朝の様子	症状 () 体温 ()時()分ごろに()℃ 食べたもの・時刻() 排泄(便)(なし ・ 普通 ・ 軟 ・ 泥状便の水様便) 時刻(:) 排泄(尿)(多い ・ 普通 ・ 少ない) 回数()回 その他()			
栄養方法	1 授乳中 : 母乳 ・ 人工 ・ 混合 (1回 cc× 回) 2 離乳食(ドロドロ ・ 舌でつぶせる ・ 歯でかめる) 3 普通食			
食事状況	1 全面介助 2一人で食べるがかなりこぼす 3一人で食べる(箸 ・ スプーン)			
排 泄	1 おむつ(排泄を教える ・ 教えない) 2 時々おもらし 3 自立			
注意事項				

裏面もご記入ください。

病 状 等 記 入 欄	
病状・症状 (番号に○) 16以降はお預 かりできない場 合あり	1 感冒・感冒様症候群 2 咽頭炎 3 扁桃腺炎 4 気管支炎 5 喘息・喘息性気管支炎 6 消化不良症 7 感冒性嘔吐症 8 自家中毒症 9 中耳炎・外耳炎 10 結膜炎 11 膿痂疹 12 突発性発疹症 13 手足口病 14 伝染性紅班(りんご病) 15 その他(
	16 流行性耳下腺炎(腫れて5日経っていること) 17 麻疹(解熱後2日経過していること)※ 18 水痘(すべての発疹がかさぶたになっていること)※ 19 風疹(発疹がでてから7日経っていること) 20 百日咳(特有の咳が消失していること) 21 インフルエンザ(発症後5日経過かつ解熱後3日経過していること) ※山形済生病院おひさまルームでは、麻疹・水痘症のお子さんをお預かりすることができません
	病名不明のとき 22 発熱 23 下痢 24 嘔吐 25 喘鳴 26 発疹 27 その他(
	1 ベット上安静 2 隔離室で隔離 3 室内安静(ベットでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 4 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい。)
	1 投薬なし 2 投薬あり(お薬手帳を参照)
	ミルク・牛乳のみ・離乳食(前期・中期・後期)・幼児食 *アレルギー食は対応できない場合があります。
	その他 (指示事項)
	利用施設 ※必ず医師の判断 を受けて記入して ください。 <input type="checkbox"/> 症状の急変は認められないが、病気の回復期に至っていない(病児保育対応) <input type="checkbox"/> 病気の回復期にある(病後児保育対応) ※どちらか一方にチェック
	主治医確認 令和 年 月 日主治医から助言をいただきました。 医療機関名 TEL