

令和 年 月 日

**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 利用児童		男・女	年 月 日 才 ケ月	自宅 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()°C 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()°C 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

	1 感冒・感冒様症候群 3 扁桃腺炎 5 喘息・喘息性気管支炎 7 感冒性嘔吐症 9 中耳炎・外耳炎 11 腫瘍疹 13 手足口病 15 その他(2 咽頭炎 4 気管支炎 6 消化不良症 8 自家中毒症 10 結膜炎 12 突発性発疹症 14 伝染性紅斑(りんご病)
病状・症状 (番号に○) 16以降はお預 かりできない場 合あり	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 24 嘔吐 26 発疹	23 下痢 25 喘鳴 27 その他()
安静度	1 ベット上安静 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。)	2 隔離室で隔離
薬の処方	1 投薬なし 2 投薬あり(お薬手帳を参照)	
食 事 (昼 食)	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。	□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) □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	病児・病後児保育もしくはやまがた子育てサポート応援団を利用できる旨 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	