

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( )°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。

