

山形市病児・病後児保育事業利用連絡票

申請者（保護者）

〒 -

住所

氏名

山形市病児・病後児保育事業の利用について、以下のとおり連絡します。

利用施設 山形済生病院病児保育所おひさまルーム

	氏名（ふりがな）	生年月日・年齢		電話番号
登録児童		年 月 日	自宅	
		歳 か月	携帯	
緊急連絡先 ※ 登録時と変更があった場合に記入	氏名	続柄	連絡先	
児童を保育 できない理由	就労・傷病・事故・出産・冠婚葬祭・その他（ ）			
利用日時	月 日（ ） : ~ :			
病 名				
前日の様子	症状（ ）			
	体温（ ）時ごろに（ ）℃			
	食べたもの（ ）			
	いつもの食べる量と比べて（ 多い ・ 同じ ・ 少ない ）			
	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（ ）			
	いつもの食べる量と比べて（ 多い ・ 同じ ・ 少ない ）			
	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 c c × 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				
主治医確認	病児・病後児保育事業を利用するため			
	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			