

川西町病児保育事業利用連絡票

施設長 殿



〒 -

保護者住所

保護者氏名

病児保育の利用について下記のとおり連絡いたします。

利用施設 **げんきルーム**

	氏名	性別	生年月日・年齢	電話番号
ふりがな 利用児童		男・女	年 月 日	自宅
			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・硬便・軟便・泥状便・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・硬便・軟便・泥状便・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 ml× 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				

※表面は、あらかじめ保護者をご記入ください。裏面は主治医に記入していただいでください。

