

保護者からの病状連絡票

★病児保育を利用する際に記入してご持参ください。

保護者氏名				令和 年 月 日
児童氏名		男・女	平成 令和 年 月 日生	歳 か月
住所	総社・岡山・倉敷・津山・玉野・笠岡・井原・高梁・新見・備前・瀬戸内・赤磐・真庭・浅口・和気・早島・里庄・矢掛・新庄・鏡野・勝央・奈義・久米南・美咲・吉備中央 ※該当市町名を○で囲んでください。(番地以下は下記に記入してください。)			
	市・町 村			
園名 (学校名)			クラス (学年・組)	

減額申請 ☐ なし ☐ あり	総社市民の要件	☐ 生活保護受給世帯 ☐ 市民税非課税世帯
	総社市以外の広域 協定市町民の要件	☐ 生活保護受給世帯 ☐ その他 ()

迎え予定時刻	時 分 頃
迎えに来られる方	母 父 祖母 祖父 あい・あい その他 ()
緊急連絡先電話番号	① ②
アレルギー 食べ物	なし あり ()
アレルギー 薬	なし あり ()
体 温	時 分 °C
解熱剤使用	なし あり (日 時 分 頃)
食事量	いつもどおり 少なめ ほとんど摂れず
水分量	いつもどおり 少なめ ほとんど摂れず
睡眠時間	いつもどおり 時々目が覚めた ほとんど眠れず
機 嫌	良い 悪い
病気の経過	いつから (月 日)
	症状 []
医療機関受診	なし あり (月 日 医療機関名:)
診断名	()
内服中薬剤名	朝 [] 昼 [] 夕 []
持参薬・投薬時間	なし あり (朝 昼 夕 その他)
内服の仕方	水に溶いて 口に直接 その他 ()

★『ご利用あんない』ご覧の上、《持ってくるもの》をきれいに持参ください。

施設 処理欄	利用期間	年 月 日から 年 月 日まで
-----------	------	-----------------