

病児病後児保育 児童連絡票(家庭記載用)

月 日

| ふりがな<br>児童氏名     | 男 ・ 女      才      ヶ月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| どんな症状            | 具合が悪くなったのは      月      日 又は      日前から<br>最初の発熱は      ℃      月      日      時ころ<br>せき    (軽い咳・乾いた咳・痰がらみの咳・苦しそうな咳・喘息を伴う咳)<br>鼻水    (色は? 透明・白い・黄色い      どんな?    さらさら・どろどろ)<br>発疹    (発赤・水疱・丘疹)<br>嘔吐    (      回)      最終 (      時      分)<br>下痢    (      回)      最終 (      時      分)<br>のどの痛み    頭痛      腹痛      目やに      目の充血<br>けが    (場所      ) (ぶつけた物      )<br>その他 (      ) |
| 昨日の様子            | 体温    (      )℃      (      時      分)測定<br>排尿    (ほとんどしてない・少ない・普通・多い)<br>排便    (あり・なし)時間(      時      分) 形(普通・軟便・不消化・泥状・水様)<br>食事    (      時      分) 内容(      )    食欲(良好・普通・不振)<br>睡眠    (よく眠れた・まあまあ眠れた・眠れなかった)                                                                                                                                                               |
| 今日の様子            | 体温    (      )℃      (      時      分)測定<br>排尿    (ほとんどしてない・少ない・普通・多い)<br>排便    (あり・なし)時間(      時      分) 形(普通・軟便・不消化・泥状・水様)<br>食事    (      時      分) 内容(      )    食欲(良好・普通・不振)                                                                                                                                                                                               |
| 薬の服用             | <p style="text-align: center;"><b>お薬* お薬手帳又はお薬の説明書の持参をお願いします。</b></p> 薬の内容    (風邪薬・抗生剤・解熱剤・喘息・アレルギー) その他(      )<br>いつから服用(      )日前から<br>最終服用日時    (今朝・昨夜) 時間 (      時      分)<br>持参の薬      (あり・なし)<br>服用方法を教えてください。(      )                                                                                                                                                  |
| 生活習慣             | 排泄    おむつ・トレーニング中・一人でできる・仕上げが必要<br>おしっこ (しらせる・時々しらせる・しらせない)<br>うんち    (しらせる・時々しらせる・しらせない)<br>午前睡    (する・しない) 時間 (      )時頃<br>入眠    (だっこ・添い寝・一人で・その他      )<br>午前のおやつ    (食べる・食べない)<br>泣いたときの対応 (      )                                                                                                                                                                       |
| 授乳<br>離乳食<br>食 事 | <b>未食の食材</b> (      )<br>授乳内容    (ミルク・母乳・混合) 1回 (      ml) 授乳回数1日 (      )回<br>離乳食開始時期    (      )ヶ月頃<br>現在の離乳食内容    (初期・中期・後期・完了) 1日(      )回<br>食事量 (よく食べる・普通・食が細い・ムラがある)<br>食事方法(一人で食べる・1人で食べようとする・介助する)<br>食べ方(手づかみ・スプーンとフォーク・はし・コップ・その他      )<br>その他(      )                                                                                                             |
| アレルギー            | 食べ物    なし・ある(      )<br>お薬      なし・ある(      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| その他              | 知っておいてもらいたいことをお書きください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

## ご利用にあたって

韮崎市病児・病後児保育所を利用にあたり、以下の内容について同意します。

- 1 症状の変化に伴い、緊急に医師の診察を受ける必要があると職員が判断したとき、保護者の承諾なしに受診することに同意します。
- 2 その治療に要した費用は保護者が負担することに同意します。

病児病後児保育所スマイルでは、病状がその回復傾向にあり、この保育サービスの利用が可能だと医師が認める児童の皆様をお預かりしています。

＊病状発症初日（急性期）は、病状の急変が非常に高いと言われています。初日はできるだけご家庭での療養をお願い致します。

① 次のような場合はお子様の安全のため、速やかなお迎えをお願いしますのでご了承ください。

なお、特に急を要する場合は、他院に救急搬送等もあることをご承知おきください。

※救急搬送した際の医療費は保護者の負担となります。

＊明らかにぐったりしている。機嫌が悪い。

＊脱水症状の兆候がみられる。

半日以上排尿がない。尿量が少なく尿の色が濃縮している。

水分が摂れない。

嘔吐している。頻回な下痢をしている。

＊発症後3日以上経過しても症状が改善されない。

（発熱、下痢、嘔吐が続いている。呼吸困難）

＊呼吸困難がみられる。

（顔色・口唇の色が悪い      呼吸数の異常      呼吸が苦しそうな場合      酸素飽和度が低い）

＊他の病気が疑われる場合

② この事業の実施過程で各市町村及び事業実施施設が知る事となった個人情報について、子どもの

健康管理及び事業の円滑な運営のために必要な範囲内で、各市町村及び事業実施施設、関係医療機関の間で情報を提供することがあります。ご了承ください。

上記の内容について 承諾いたします。

年      月      日

保護者氏名 \_\_\_\_\_