

山形市病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

	氏名（ふりがな）	生年月日・年齢	電話番号
登録児童		年 月 日 歳 か月	自宅
			携帯
緊急連絡先 <small>※ 登録時と変更があった場合に記入</small>	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 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			
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		