

# 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。

令和 年 月 日

保護者氏名			
児童氏名	男・女	平成 令和	年 月 日 生 歳 か月
住所	総社市・岡山市・倉敷市・玉野市・笠岡市・井原市・高梁市・瀬戸内市 備前市・赤磐市・浅口市・和気町・早島町・里庄町・矢掛町・久米南町 美咲町・吉備中央町 ※該当市町名を○で囲んでください(住民票に記載されている住所です。)		
園名 (学校名)		クラス (学年・組)	

減額申請 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	総社市民の要件	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯
	総社市以外の広域 協定市町民の要件	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯	<input type="checkbox"/> 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》を忘れなくご持参ください。