

保護者からの病状連絡票 (すくすくランドを利用される際に、記入してご持参下さい。)

年 月 日 記入

お子さまの名 前	ふりがな	男 女	生年月日	年	月	日	歳
			愛称:	体重:		kg	
利用日時	年	月	日	時	分から	時	分
緊急連絡先	電話番号()-()-()						
	電話番号()-()-()						

※緊急連絡先は、利用当日に必ず連絡の取れる電話番号をご記入ください。

**※受診先の医師による病児保育利用許可がない場合、お預かりできません。
また、流行性角結膜炎(はやり目)・頭シラミはお預かり出来ません。**

*今回の病気について必要なところをご記入いただき、またあてはまるものすべてに○を付けてください。
担当医の名前はフルネームでお願い致します。(保護者記入)

受診日 年 月 日 受診病院 ()
病児保育利用許可 (有 ・ 無) ← 担当医 (先生)

病名は () 投薬を 受けている ・ 受けていない
現在の症状 発熱 _____℃ (平熱 _____℃)
咳 鼻水 頭痛 嘔吐 下痢 腹痛 喘息発作 発疹 とびひ めやに
元気がない 食欲がない その他 ()

昨日からの症状について詳しくご記入ください。 *睡眠時間 時 分頃～ 時 分頃まで (良 ・ 不良)

持参した薬の内容(薬剤情報提供書がある場合には、この依頼書と一緒にご持参ください。)

現在の内服処方	有 ・ 無	解熱剤 (坐薬 ・ 頓服薬)	その他の薬 坐薬 ・ 吸入 ・ その他 () 薬品名 使用方法
病児保育での内服	有 ・ 無	持参 (有 ・ 無)	
有の場合: 食前 ・ 食後 ・ 時間指定	時頃 時間おき	最終使用日時 月 日 時 分	
1回の量	水薬 (目盛) 散薬 (袋)	※次回使用は、前回使用時から _____時間空けて使用する	
最後に飲んだ時間	時 分頃	使用時の体温 _____℃	
飲ませ方	そのまま ・ 水に溶かして 水で練って ・ その他 () 飲んでいる ・ 飲めていない	薬剤名 (商品名)	
服薬状況	飲んでいる ・ 飲めていない	1回の使用量	
		解熱剤を 病児保育で 使用するとき	体温 _____℃以上
			子どもの様子 機嫌が悪い ・ ぐったり ・ きつそう 様子問わず ・ その他 ()

ミルク	飲ませ方 (1回 cc、 回/日)	※アレルギー体質 (有 ・ 無)	けいれんの既往 (有 ・ 無)
	最後に飲ませた時間 時 分	具体的内容	最後は 歳 カ月 処方薬 (有 ・ 無) 薬品名:
	こちらで飲む時間 時、 時、 時、		
昼食	持参 ・ 提供 (おじや ・ うどん)		
朝食	摂取 有 (少 ・ 普 ・ 多) ・ 無 朝食摂取時間 時 分頃		

排便 : ひとりできる ・ 手助け ・ おむつ 最終排便: 月 日 性状(下痢 ・ 軟便 ・ 普 ・ 固)	排尿 : ひとりできる ・ 手助け ・ おむつ
--	-------------------------

登園時の同伴者 母親 父親 その他(お名前) 続柄: ()
降園時の同伴者 母親 父親 その他(お名前) 続柄: ()

予防接種が済んでいるものに ○ を、既に 感染しているものに ◎ をつけてください。	水痘 おたふくかぜ 麻疹 風疹 三種混合 四種混合
--	---------------------------

持参品チェック	・保険証 ・医療証 ・母子手帳	内服・解熱剤	パスタオール タール	おしぼり	着替え	オムツ おしりふき	昼食	おやつ	飲み物	ミルク 哺乳瓶
---------	--------------------	--------	---------------	------	-----	--------------	----	-----	-----	------------

上記のとおり、すくすくランドを利用したいので、申し込みます。
なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

その他、基礎疾患や保育上の注意点など伝えたいことがありましたらご記入ください

新型コロナウイルス感染症拡大防止のための確認事項

同居家族に新型コロナウイルスに準じた症状のある方が

・ いる (続柄: 症状: 受診の有無:)

・ いない

同居家族全員の熱

(続柄)(体温 _____℃)	() (_____℃)
() (_____℃)	() (_____℃)
() (_____℃)	() (_____℃)

年 月 日
保護者

**久留米大学みどりの杜保育園
病児・病後児保育施設「すくすくランド」**

TEL (7:30~18:00) 0942-31-7988
キャンセル時間外受付 0942-31-7992