

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。

平成 年 月 日

| | | | |
|-------------|--|---------------|------|
| 保護者氏名 | | | |
| 児童氏名 | 男・女 | 平成 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 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になります。) | | |
| 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》をくれなくご持参ください。