

病後児利用連絡票

利用日	月 日 ( )	氏名(ふりがな)		男・女	
生年月日	令和 平成	年	月	日生 ( 歳 ヶ月)	
保護者状況			家庭での様子		
緊急連絡先	①名前(続柄) ( ) TEL		体温	今朝 ℃	
	②名前(続柄) ( ) TEL		鼻水・咳	有 ・ 無	
お迎え	迎え時間	時 分		排便	普通便 軟便 下痢 水様 なし
	迎えの人	父 母		排尿	多い 少ない なし
		その他 (続柄)	氏名 ( )	嘔吐	有 ・ 無
TEL		回/日			
持ち物	<input type="checkbox"/> 紙おむつ:6~8枚程度		<input type="checkbox"/> スタイ	その他の症状	無
	<input type="checkbox"/> お尻ナップ		<input type="checkbox"/> 洗濯物入れ	睡眠時間	: ~ :
	<input type="checkbox"/> 着替え:2組		<input type="checkbox"/> 処方薬とおくすり手帳	食事	食欲 有 無
	<input type="checkbox"/> 食事用エプロン		<input type="checkbox"/> ビニール袋	くすり ○で囲む	内服
<input type="checkbox"/> バスタオル:2枚			軟膏		解熱剤

※当日の変更は、電話(03-6438-9474)によりご連絡ください。