

連絡票（保護者記入）

年 月 日（ ）

保護者氏名： _____

利用予定時間（ 時 分 ～ 時 分）

連絡先①： _____

迎え予定者氏名： _____

連絡先②： _____

隔離： 要 ・ 不要 課税世帯・非課税世帯

子ども かな の名前	住所 沖縄市	病名	性別： 男 女
検温： _____℃		機 嫌： 良い ・ 普通 ・ 悪い	
解熱剤使用： 月 日（ : ）			
症状	咳： あり ・ なし / 喘鳴： あり ・ なし / 鼻水： あり ・ なし / 嘔吐： あり ・ なし / 下痢： あり ・ なし		
熱性	あり（ ） なし		
けいれん	けいれん止めを使用した 月 日（ 時 分）		
アレルギー	あり（ ） なし 薬あり（薬品名： _____）		
食 事 おやつ	形状： ミルク ・ 離乳（前期 ・ 中期 ・ 後期） ・ 幼児食 ・ 学童食 量： 食が細い ・ 普通 ・ よく食べる ・ ムラがある ・ その他（ ） 苦手な食べ物等：（ ）		
ミルク	（ ）時間おき（ ml） 食後 ・ おやつ後 ・ その他（ ） 最終ミルク：（ 時 分、 ml）		
水分補給	コップ ・ 哺乳瓶 ・ マグマグ ・ スプーン ・ ストロー		
お薬	あり（※お薬詳細へ記入） ・ なし		
	嫌がらずに飲める ・ 嫌がり飲むのが大変 飲み方： 水に溶かす ・ スプーン ・ スポイト ・ 注射器 ・ そのまま飲める 飲み薬以外で留意する点：（ ）		
睡 眠	午前寝（あり ・ なし） _____時～ _____時まで		
	お昼寝（あり ・ なし） _____時～ _____時まで その他、寝付くときの癖や睡眠中の様子等（ ）		
排 泄	トイレでできる（小・大） _____ズボン等着脱が一人で（できる・できない） おむつ使用 その他配慮すること（ ）		
便の様子	普通 ・ 軟便 ・ 下痢（ _____回） ・ 固		
子どもの 様子	おしゃぶり・タオル		
癖など	好きなおもちゃ（ _____）		
食事 注文	食事注文あり 注文（ 1・2・3・4・5・6 ） おやつ（ A・B・C ） ※アレルギーがある場合は弁当・おやつを持参してください		
翌日の 利用	希望（ _____月 _____日まで利用予定） ・ 希望しない 希望の方（ _____時 _____分頃）入室予定 ※キャンセルする場合は当日 8 時 15 分までに連絡ください。 TEL：098-923-1710		
保育士 記入欄	受領者サイン	投薬者サイン	備考

※お薬詳細

薬の剤型：粉 ・ 液（シロップ） ・ 外用薬
その他（ _____）
薬の内容：抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め
下痢止め ・ かぜ薬 ・
外用薬（ _____）
使用する日時： 月 日 ～ 月 日
午前 ・ 午後 ・ 食事の _____分前 ・ _____分後
その他具体的に：
（ _____）
外用薬の使用法：
（ _____）
備考：
（ _____）
薬剤情報提供書 あり ・ なし