

第4号様式（第12条関係）

白井市病児保育事業家庭連絡票

利用日	年 月 日（ 曜日）		
児童名		生年月日	年 月 日（ 歳）
保護者名		電話	自宅 携帯

《児童の家庭からの連絡内容》

《病児保育実施施設からの連絡内容》

健康状態	体温	前夜（ ℃）・朝（ ℃）	午前（ ℃）・午後（ ℃）
	鼻汁	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない
	咳	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない
	喘鳴	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない
	嘔吐	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・時間（ 時 分） ・回数（ 回）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・時間（ 時 分） ・回数（ 回）
	便	<input type="checkbox"/> 普通便 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 下痢便 <input type="checkbox"/> 水様便 ・時間（ 時 分）・回数（ 回）	<input type="checkbox"/> 普通便 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 下痢便 <input type="checkbox"/> 水様便 ・時間（ 時 分）・回数（ 回）
	尿	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない
食 事	(昨夕・午前)	(昨夕) <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 牛乳 時間（ 時 分）・量（ cc） 夕食（ <input type="checkbox"/> 食欲あり <input type="checkbox"/> 食欲なし）	(午前) <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 牛乳 時間（ 時 分）・量（ cc） 昼食（ <input type="checkbox"/> 食欲あり <input type="checkbox"/> 食欲なし）
	(今朝・午後)	(今朝) <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 牛乳 時間（ 時 分）・量（ cc） 朝食（ <input type="checkbox"/> 食欲あり <input type="checkbox"/> 食欲なし）	(午後) <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 牛乳 時間（ 時 分）・量（ cc） おやつ（ <input type="checkbox"/> 食欲あり <input type="checkbox"/> 食欲なし）
与 薬	朝（ 時 分）	昼（ 時 分）	
睡 眠	就寝時間（ 時 分） 起床時間（ 時 分） <input type="checkbox"/> よく寝た <input type="checkbox"/> あまり寝なかった	睡眠時間（ 時 分） <input type="checkbox"/> よく寝た <input type="checkbox"/> あまり寝なかった	
子どもの様子			

与薬依頼	薬の種類 { (<input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 散薬 <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> その他 () } 与薬時間 { (<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> その他 () } *お預かりする薬は、医療機関が発行した処方箋に記載された物のみです。
お迎えの時間 及び お迎えに来る人	お迎え時間： 時 分 お迎えに来る人： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 (続柄)