山形市病児・病後児保育事業
緊急サポートネットワーク事業利用連絡票
(病児・病後児保育 やまがた子育てサポート応援団用)
≪山形市立病院済生館用≫

保護者住所

保護者氏名

下記により、利用を申し込みます。

	氏名	性別	生年月日・年齢	電話番号(緊急時に連絡のつく電話)	
フリガナ		男・女	平成 年 月 日	携帯	
利用児童名			歳 ヶ月	自宅	
利用の理由	勤務(事業所等名:) ・ 葬祭 ・ その他()				
利用日時	月 日 時 分 ~ 時 分				
主な症状	発熱 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 喘鳴 ・ 発疹 ・ その他() ※該当する症状に○				
症状の特徴					
診断名					
種別	☐ 症状の急変は認められないが、病気の回復期には至っていない。≪病児保育対応≫				
	☐ 病気の回復期にある≪病後児保育対応≫ ※どちらか一方にチェック				
今朝の様子	体温 ()時()分頃に()°C				
	食べたものと時刻 () を () 時頃に食べた)				
	排泄(便)(なし 普通 軟 泥状便の水様便) ()時に				
	排泄(尿)(多い 普通 少ない) 回数()回				
	その他()				
栄養方法	1. 授乳中 2. 離乳食(初期・中期・後期) 3. 普通食				
米飯の硬軟	1. 普通 2. やわらか 3. 全粥				
食事状況	1. 全面介助 2. 一人で食べるが、かなりこぼす 3. 一人で食べる(箸・スプーン)				
アレルギー (該当する食物 にチェック)	☐ 食物アレルギーなし ☐ 卵 ☐ 大豆(味噌=可・不可 / しょうゆ=可・不可) ☐ 乳製品 ☐ 小麦(味噌=可・不可, しょうゆ=可・不可) ☐ そば ☐ 魚(種類) (だし汁 可・不可 / 練物 可・不可) ☐ エビ ☐ カニ ☐ 貝 ☐ 魚卵 ☐ 肉(コンソメ=可・不可 / ブイヨン=可・不可) (ゼラチン=可・不可 / エキス=可・不可) ☐ 果物(種類) ☐ ナッツ(種類) ☐ その他(内容)				
排泄	1. おむつ(排泄を教える・教えない) 2. 時々おもらし 3. 自立				
安静度	1. ベッド上で安静 2. 隔離室で保育安静 3. 室内安静(ベッドでの安静が主) 4. 室内保育(他児と室内遊び可)				
薬の処方	1. 投薬あり 2. 投薬なし				
その他	※生活保護受給世帯、中国残留孤児世帯の場合はその旨を記入ください。				
かかりつけ 医確認	病児・病後児保育もしくはやまがた子育てサポート応援団を利用できる旨を 平成 年 月 日に主治医より助言いただきました。 医療機関名 _____				