

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。

18.10.11改定

	氏名	性別	年齢	電話番号 (種別を記入 例:母・会社等)
フリガナ		男・女	歳 月	① ()
利用児童名				② ()
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 ※該当する症状に○	発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 喘鳴 ・ 発疹 ・ その他()			
その他お伝え したい症状等				
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()℃ 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. 室内安静(ベッドでの安静が主) 3. 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			