

病児・病後児保育支援依頼書

援助日時 令和 年 月 日() : ~ : (時間 分)

| | | | | | | |
|--------|----------------------------------|---|------------------------|-------------|-----|-----|
| 子どもの名前 | フリガナ 男・女 | | 生年月日 | 平成 令和 年 月 日 | | |
| | | | 呼び名 | | | 満 歳 |
| 受診結果 | 受診日① | 月 日 | ② | 月 日 | ③ | 月 日 |
| | 病院名 | | | | TEL | |
| | 診察した医師 (名前、役職など) | | | | | |
| | 診断 (病名)・指示 | | | | | |
| | ※保育中に急変した場合は、かかりつけ医へ連絡する場合があります。 | | | | | |
| 現在の様子 | 体温 | 度 (時 分) | | | | |
| | 咳 | 無・有 | その他注意事項など *食事は… | | | |
| | 鼻 | 無・有 | | | | |
| | 食欲 | 無・有 | | | | |
| | 嘔吐 | 無・有 | | | | |
| | 発疹 | 無・有 | | | | |
| | 排泄 (便) | 普通 軟便 水様便 | 最後は 月 日の 時 分頃 | | | |
| 排泄 (尿) | 多い 普通 少ない | | | | | |
| 投薬依頼書 | 投薬方法 | ◎保護者に代わって下記のとおり投薬をお願いします。 【食前・食間・食後・時間指定① 時 分 ② 時 分 ③ 時 分】 【水・オブラート・その他 ()】 解熱剤使用時の注意・・・発熱 度以上 薬品名・量 _____ | | | | |

◇投薬後記入

| | |
|------|--------|
| 投薬時刻 | 投薬者サイン |
|------|--------|

※上記の通り依頼します。 保護者 (印)

◆託児記録◆

| 時間 | ケア内容 | 備考 |
|----|------|----|
| | 別紙参照 | |

託児スタッフサイン _____

保護者サイン _____ (印)