

利用連絡票（保護者⇒ひだまりキッズ）



☆利用代金は釣り銭がないようご準備ください。

☆連日利用2日目以降は太枠内の記入ください。

☆風邪症状があるときは発熱の有無に関係なく、コロナ検査を受けてください。

☆トイレトレーニング中の赤ちゃんはおむつを2~3枚持ってきてください。お昼寝のときに使用します。

年 月 日

ふりがな 氏名	愛称	生年月日 H/R 年 歳 月 力月	体 重 kg
------------	----	-------------------------	--------------

◎迎えの予定時刻： 時 分頃 ◎迎えに来る人：()

◎給食注文：なし あり ◎おやつ注文：なし あり ◎薬持参：なし あり

◎アレルギー：なし あり ()

◎ご家庭での様子（前日から今朝にかけて）

体温	昨夜： 時頃 () °C 解熱剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 坐薬) 今朝： 時頃 () °C 解熱剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 坐薬)
咳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少しあり <input type="checkbox"/> 多い 咳の種類 <input type="checkbox"/> コンコン <input type="checkbox"/> ケンケン <input type="checkbox"/> ゲホゲホ <input type="checkbox"/> ゴホゴホ <input type="checkbox"/> ヒューヒュー <input type="checkbox"/> ゼロゼロ <input type="checkbox"/> その他 ()
鼻	<input type="checkbox"/> 鼻水なし <input type="checkbox"/> 鼻詰まりなし <input type="checkbox"/> 鼻水あり <input type="checkbox"/> 鼻詰まりあり <input type="checkbox"/> その他 ()
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回)
痛み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> のど <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> お腹 <input type="checkbox"/> その他 ())
便	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 普通便 <input type="checkbox"/> 硬い便 <input type="checkbox"/> 軟便 (回) <input type="checkbox"/> 下痢便 (回))
食事	夕食：食欲 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 食事内容 () 朝食：食欲 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 食事内容 ()
睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠っていた <input type="checkbox"/> 夜中に何度も起きた <input type="checkbox"/> 昨晚寝つきがよくなかった 睡眠時間 (: ~ :) 寝起き <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない
機嫌	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 普段と変わらない <input type="checkbox"/> 普段よりよくない <input type="checkbox"/> その他 ()

病状経過	診断を受けた医院・病院： 病名： 経過（症状、体温、受診日など）を詳しくご記入ください
------	---

既往歴	熱性けいれん： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> RSウイルス <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> その他 ()
入院歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
常時服用薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
寝かしつけについて	寝つき： <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 時々よい <input type="checkbox"/> 常にぐずる 家庭での寝かしつけについて 例：『授乳しながら』、『添い寝をする』 ()
保育上気をつけること	体質・クセなど 例：『眠くなったら指しゃぶりをする』
*発達	<input type="checkbox"/> はいはい <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> ひとり歩き
*排泄	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> ひとりでできる

与薬依頼書は裏面にあります。

与 薬 依 頼 書

年 月 日

下記のとおり、保護者に代わって与薬をお願いします。

食 前 食 後 食 間

発熱時 (粉薬 水薬 坐薬)

その他 ()



氏 名 _____

保護者名 _____

以下はひだまりキッズが記載します。

薬品名 _____

受領者 _____

1

与 薬 者 _____

与 薬 時 刻 _____

2

与 薬 者 _____

与 薬 時 刻 _____

3

与 薬 者 _____

与 薬 時 刻 _____