町田市病後児保育事業利用連絡票

病後児保育を利用するにあたり、子どもの状況について以下のとおり連絡します。

記入者（保護者）　　児童名

利用開始日　　年　　月　　日

お子さんの症状が始まってからの経過をお書きください。

※病後児保育室への入室前夜からの様子は、別紙「実施状況連絡票」にお書きください。

お薬を使っているときは、記入（〇印）してください。
なお、薬剤情報用紙などありましたら、お持ちください（使っている全ての薬について）。

与薬方法：食前・食間・食後・指定時間（　　時頃）

薬の内容：抗生物質・かぜ・下痢止め・吐き気止め・整腸剤・咳・鼻汁
中耳炎・その他（　　）

解熱剤使用：なし・あり（　　日　　時）

お子さんが今回かかった医療機関　　TEL

食事（希望する昼給食に、〇印）

1　ミルクのみ
2　離乳食（前期・中期・後期）、乳児食
3　幼児食
4　アレルギー食（除去内容：　　）
その他、配慮点（　　）

その他注意してほしいこと