

与薬依頼票 (保護者記載用)

記入年月日：

依頼先	保育園名	我孫子市病後児保育所				こどもデイルームみらい			
依頼者	保育者氏名	連絡先 Tel				携帯			
	児童氏名	男・女				歳	か月	日	
主治医	医療機関名：	Tel							
	担当医師名：	Fax							
病名 (又は症状)									
① 持参したくすりは 年 月 日に処方された 日分のうち本日分									
② 保管は (○印) 室温・冷蔵庫・その他 ()									
③ くすりの剤型 (○印)									
錠剤・粉末・液 (シロップ)・外用薬・その他 ()									
④ くすりの内容 (○印)									
抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・かぜ薬・外用薬 ()									
調剤内容									
⑤ 使用する日時 年 月 日～ 月 日 午前・午後 時 分									
昼食の 分前・ 分後									
その他具体的に ()									
⑥ 外用薬などの使用法									
⑦ その他の注意事項									
☆薬剤情報提供書 あり (この文書と一緒にご持参ください)・なし									

※「こどもデイルームみらい」記載欄

受領者署名：

受領年月日：

投与者署名：

投与年月日時刻：

実施状況など：

除去食依頼票（保護者記載用）

記入年月日：

依頼先保育園名：我孫子市病後児保育所 こどもデイルームみらい	
保護者氏名：	
児童氏名：	男・女 生年月日：
除去食を指示された医療機関名：	
担当医師名：	
Tel：	
除去食を必要とした病名：	
具体的な症状：	
除去食開始時期：平成 年 月から	
医師より指示された除去食は何ですか？（○印）	
卵（要・不要） 生卵（ ）、卵を用いた料理（ ）、卵を用いた菓子（ ）	
つなぎに卵を用いた食品（ ）	
牛乳（要・不要） 牛乳（ ）、乳製品（ ）、牛乳や脱脂粉乳を用いた料理（ ）	
牛乳や脱脂粉乳を用いた菓子・食品（ ）	
大豆（要・不要） 大豆油（ ）、大豆油を使用した食品（ ）、大豆製品（ ）	
大豆加工品（ ）、豆類一般（ ）	
鶏肉（要・不要）	
その他食品で除去するものがあれば記入してください。	

※「こどもデイルームみらい」記載欄

受領者署名：

受領年月日：

実施状況など：

家庭との連絡票

※太枠内を御記入ください

御利用日: 年 月 日 ()

お子さんのお名前:

年齢 (才 ヶ月)

家庭での様子		病児・病後児保育室での様子	
体温	前夜: °C (PM :) 朝: °C (AM :)	°C (:) °C (:) °C (:) °C (:) °C (:) °C (:)	
鼻汁	多い・少ない・ない	多い・少ない・ない	
咳	多い・少ない・ない	多い・少ない・ない	
喘鳴	多い・少ない・ない	多い・少ない・ない	
嘔吐	前夜: なし・あり (回) 朝: なし・あり (回)	AM: なし・あり (回) PM: なし・あり (回)	
便	硬・普・軟・泥状・水様 (PM 回、AM 回)	硬・普・軟・泥状・水様 (回)	
尿	多い・普通・少ない	多い・普通・少ない	
水分量	前夜: 普通・少量 / 朝: 普通・少量	普通・少量	
食事	夕食: いつも通り・少量・食べない (食べたもの:) 朝食: いつも通り・少量・食べない (食べたもの:) 普段の食欲: よく食べる・普通・小食 ミルクの量: 一日 回 / cc ずつ	昼食: 補食: その他: ミルクの量: 回 / cc	
薬	飲み薬(朝) 内服 / 内服せず 外用薬 (塗り薬・点眼・点耳・座薬・貼薬) 使用 / 使用せず 解熱剤 使用 (PM・AM :) / 使用せず 抗けいれん薬 ダイアアップ・その他 () 使用 (PM・AM :) / 使用せず	飲み薬 内服 (:) / 内服せず 外用薬 (塗り薬・点眼・点耳・座薬・貼薬) 使用 (:) / 使用せず その他	
睡眠	(: ~ :) 良眠・眠り浅め・不眠	(: ~ :) 良眠・眠り浅め・不眠	
機嫌	よい・わるい・その他 ()	よい・わるい・その他 ()	
安静度	寝かせていた・起きて遊んでいた	寝かせていた・起きて遊んでいた	
子どもの様子			

備考欄