

連絡票

年 月 日

フリガナ	愛称 ()	生年月日	年 月 日
お名前	男・女	(歳	か月)
アレルギー	なし	身長 () cm	
	あり ()	体重 () g・kg	
	家庭での様子	病児病後児保育室での様子	
体温	昨日 (:) () °C (:) () °C 今朝 (:) () °C	入室時 (:) () °C (:) () °C (:) () °C	
解熱剤	使用 最終使用時間 (:) 使用せず 熱性けいれん既往 あり・なし	使用 使用時間 (:) 使用せず	
薬	今朝、薬を飲まれましたか はい・いいえ 本日お昼に飲ませる薬はありますか はい・いいえ 持参薬 内服 (粉・液・錠) 屯用 あり・なし 外用 あり・なし お薬の飲み方 水に溶く・スポイド・直接	内服 (昼) 飲んだ 飲んでいない 屯用 使用 () 使用せず 外用薬 使用 () 使用せず 処置	
鼻水	多い・少ない・ない	多い・少ない・ない	
咳	ある・ときどき・ない	ある・ときどき・ない	
喘鳴	ある・ない	ある・ない	
嘔吐	ある (回 最終嘔吐時間 :) ない	ある (回 最終嘔吐時間 :) ない	
便	あり (普通 回)・ない (軟便または泥状 回) (水様 回)	あり (普通 回)・ない (軟便または泥状 回) (水様 回)	
尿	普通・少ない	普通・少ない (回)	
水分量	普通・少ない・飲まない	普通・少ない・飲まない	
食事	昨夜 普通・少ない・食べてない 今朝 普通・少ない・食べてない	普通・少ない・食べてない おやつ 食べた・食べていない	
睡眠	良眠・不眠	お昼寝 した・していない	
連絡	お迎え時間 (:) お迎えの方 () 何かあればご記入ください 好きな遊びは何ですか？	1日の様子	



ひまわりルーム お食事オーダー用紙

医師	担当者

日 時	令和 年 月 日
-----	----------

ふりがな		性別		年齢	歳 ヶ月
氏名		男・女			

※連日利用の方で内容変更ない場合はこちらにチェックをお願いします→**前日と同様**☐

保護者(記入者)署名:

※連日利用の方はこれより下は記入不要です

児童食(小学生)	(米 飯 ・ 軟 飯 ・ 全 粥)
幼児食	(米 飯 ・ 軟 飯 ・ 全 粥)
離乳食	(軟 飯 ・ 全 粥)

◎アレルギーはありますか(はい ・ いいえ)

◎アレルギー(該当するものに☑を付けてください)

☐卵 ☐小麦☐大豆☐牛乳☐乳製品

☐えび ☐かに ☐青魚 ☐貝類 ☐はちみつ

☐牛肉 ☐豚肉 ☐鶏肉 ☐青魚 ☐ツナ ☐ごま ☐ナッツ類

☐キウイ☐バナナ☐りんご☐もも ☐オレンジ

その他 ()

◎おやつのゼリー・プリン食べれますか(はい ・ いいえ)

◎食べさせたことのない食材はありますか()

◎嘔吐下痢はありますか (はい ・ いいえ)

追加料金のお知らせ・同意書

2025年6月9日

	品名	金額	数量	使用回数
☐	ミルク代	330円	1本(200ml)につき	本
☐	オムツ(M)	55円	1枚につき	枚
☐	オムツ(S)	44円	1枚につき	枚
☐	パンツ(ビッグ)	66円	1枚につき	枚
☐	パンツ(M・L)	55円	1枚につき	枚
☐	おしりふき	33円	1日につき	日
☐	おむつ替えシート	33円	1枚につき	枚
☐	アンパンマンの完熟りんご100	88円	1本(125ml)につき	本
☐	アクアライトORS (経口補水液)りんご	89円	1本(125ml)につき	本

(税込み金額)

※ミルクは、1日に飲まれる量をご持参ください。持参された量が足りない場合に追加を希望される方は有料になります。

※オムツ・おしりふきは、お使いのものを持参されてください。

持参されているものが足りず使用する場合に料金が発生します。

※おむつ替えシートは、下痢等でシートが汚れるおそれがあるときに使用する場合があります。

当保育室では、上記の料金について、その使用料・利用回数に応じた実費のご負担をお願いしています。

上記の内容について同意いただき利用を希望される方は、署名をお願いいたします。

上記の内容について同意し利用を希望します。

年 月 日

お子様氏名

保護者氏名

(続柄：)

医師	事務

- ☐ 食事など摂れなかった場合にジュース等の提供を希望しますか。(はい ・ いいえ)
- ☐ 連日利用する場合も継続して使用をお願いします。



医療法人 医和基会
病児・病後児保育室 ひまわりルーム