病児連絡票 (医師提供用)

下表のとおり、子どもの状況等を連絡するとともに、「受診及び緊急時等の対応」につ

いて了承します	<u>o</u>						
				年_	<u>月</u>		<u>B</u>
			ᆌ田스무선				_
	会員番号		利用会員名		*	2枚[<u>し</u> 目も押り
子どもの名前			性別		男 •		Z
			生年月日		2 年	 月	<u> </u>
			血液型		·	<u>型</u>	
緊急連絡先	携 帯 TEL	職					
(確実に連絡がとれるよう最低2つ)							
るよう最低2つ)	親族 TEL	<u> </u>	宅 TEL				
受診する病院 (かかりつけ医)	病院名 住所						
	TEL						
	子。	ども	 の症状				
	前日			今朝			
体温	時頃 度 分 時頃 度 分		時頃	度		分	
食べたもの	・普通食・消化にいいもの		普通食	消化にい	いしも		
	・水分のみ ・ 食べられない		水分のみ・	食べら	られな	١.	
	• その他()	• その他()
	・なし・普通・軟・下痢		なし・普通・	軟•下線		. —	
排泄(便)	時刻 (:)頃 時刻 (:)頃		時刻 時刻 (:)	頃 頃	
		_					
排泄(尿)	多い・普通・少ない 【 回)	多い・普通・	少ない			
常時飲んでいる 薬	薬名						
最後に飲んだ薬	薬名						
とその時間		Ī	最後に飲んだ時間	間(:)	頃
アレルギー症状							
その他注意が必							
要なこと							
【母診乃71緊	今時等の対応】						

- 受診時の医師の指示に従い、処方された薬を保護者に代わって与薬し てください。
- 万が一緊急を要する対応をせざるを得ない場合は、提供会員(スタッ フ会員)の判断を了承します。
- 連絡がとれない場合は、医師への受診後に手術等の必要な処置をする。 場合も医師の判断を了承します。
- ※ 受診する病院は、かかりつけ医(カルテのある病院)としてください。
- ※ 上記の内容は、安全に病児を預かり、また医療機関を受診する際に必要となる情報 す。できるだけ詳細に記載するようにお願いいたします。

病児連絡票(緊急サポート用)

下表のとおり、子どもの状況等を連絡するとともに、「受診及び緊急時等の対応」につ いて了承します。

				年_	月		<u> </u>	
会	員番号	;	利用会員名				印	
			44-DJ				_	
子どもの名前			性別		男 <u>•</u> 年		<u>【</u> 日	
			生年月日			月 型		
	· t t t T-:	中中						
緊急連絡先	携 帯 [EL	職	場 TEL					
<u>(確実に連絡がとれ</u> るよう最低2つ)	 親 族 Tel	自	宅 TEL					
	病院名 住所							
受診する病院 (かかりつけ医)								
	Tel							
	子どもの症状							
	前日			今朝				
体温	時頃 度 分		時頃	度	2	ار		
	時頃 度 分							
食べたもの	・普通食 ・ 消化にいいもの		• 普通食 •	消化にい				
	・水分のみ ・ 食べられない	,	水分のみマの他 (食べら	5れなし	,۱		
	・その他()	その他(+5	<u>.</u>)	
排泄(便)	・なし・普通・軟・下痢 時刻 (:)頃		なし・普通・ 時刻 (・ 戦 •	-	頃		
	時刻		時刻 時刻 ()	頃頃		
				.1	<u> </u>	-		
排泄(尿)	多い・普通・少ない 【 □	1	多い・普通・	学ない				
常時飲んでいる	薬名							
薬								
最後に飲んだ薬	薬名					,	L- 	
とその時間		j	最後に飲んだ時	间(:	<u>) </u>	頃	
アレルギー症状								
その他注意が必								
要なこと								
【受診及び緊	急時等の対応】							

- 受診時の医師の指示に従い、処方された薬を保護者に代わって与薬し てください。
- 万が一緊急を要する対応をせざるを得ない場合は、提供会員(スタッ フ会員)の判断を了承します。
- 連絡がとれない場合は、医師への受診後に手術等の必要な処置をする。 場合も医師の判断を了承します。
- ※ 受診する病院は、かかりつけ医(カルテのある病院)としてください。
- ※ 上記の内容は、安全に病児を預かり、また医療機関を受診する際に必要となる情報 す。できるだけ詳細に記載するようにお願いいたします。