

連絡票①（事前登録）

この用紙は、病児保育利用前の事前の登録の際に使用します。お子様の大切な情報ですので、正確に記入してください。

【基本情報】

児童の氏名	
フリガナ	
愛称	
性別	☐ 男 ☐ 女
生年月日	年 月 日 (歳)
現在の身長・体重	身長 体重
住所	
通園施設名	区・市・町・村
クラス名	
かかりつけ医院	
きょうだい（お名前・年齢）	

【お子様について】

アレルギー	☐ なし ☐ あり → ☐ 食物 ☐ 薬 ☐ その他（具体的に）
熱性けいれん	☐ なし ☐ あり → 発熱時の予防 ☐ ある ☐ なし
熱性以外のけいれん	☐ なし ☐ あり →
出生時の異常	☐ なし ☐ あり →
出生時体重	
基礎疾患（定期通院している疾患）	☐ なし ☐ あり →
常用薬	
上記に係る入院歴	☐ なし ☒ あり → 年 月 ～ 年 月
上記以外の入院、手術歴	
感染症歴	水ぼうそう おたふくかぜ
予防接種	ヒブ (1 2 3 4) BCG (未 済) ロタ (1 2 3) 肺炎球菌 (1 2 3 4) MR (1 2) B型肝炎 (1 2 3) 4 種混合 (1 2 3 4) 水痘 (1 2) おたふく (1 2) インフルエンザ
発達・発育	☐ 気になることなし ☐ 少し遅れていると思う ☐ わからない ☐ 相談したい

【緊急連絡先】

母 親	氏名	
	フリガナ	
	携帯電話	
	勤務先名	
	自宅から勤務先へのルート	
	住所※	
父 親	氏名	
	フリガナ	
	携帯電話	
	勤務先名	
	自宅から勤務先へのルート	
	住所※	
両 縁 親 以 外 の 方	氏名	
	フリガナ	
	続柄	
	携帯電話	
	住所※	

※児童と同じ場合は記載不要

記入者（利用者）

年 月 日 利用者の署名（ ）

連絡票②（同意書）

お預かり中の病状の変化などにより必要と判断した場合、119番通報することがあります。
通報前にご連絡いたしますが、繋がらなかった場合は、事業者またはベビーシッターの判断で行います。
病院搬送先では、医師の指示に従います。

私は、以上について理解し、ベビーシッターに預けることに同意します。

年 月 日 利用者の署名（ ）

連絡票③（当日の連絡票）

この用紙は、病児保育利用日の預かり開始時のベビーシッターとの情報共有の際に使用します。お子様の大切な情報ですので、正確に記入してください。代行受診希望者は、太線枠内のみ記入してください。

児童の氏名 年 月 日生（ 歳） 男・女		
処方薬	☐ あり ☐ なし	
診断医療機関名及び電話番号		診断医師名

【病状（病名等）】※該当するものに✓を入れてください

症状のみ	☐ 発熱 ☐ 下痢 ☐ 嘔吐 ☐ 咳 ☐ 喘鳴 ☐ 発疹 ☐ その他（ ）
病名・症状名	☐ 感冒 ☐ 咽頭炎 ☐ 扁桃腺炎 ☐ 気管支炎 ☐ 喘息 ☐ 消化不良 ☐ 嘔吐症 ☐ 自家中毒 ☐ 中耳炎 ☐ 結膜炎 ☐ 溶連菌 ☐ とびひ ☐ 突発性発疹 ☐ 手足口病 ☐ りんご病 ☐ おたふく風邪 ☐ 麻疹 ☐ インフルエンザ ☐ 水痘 ☐ 百日咳 ☐ 風疹 ☐ プール熱 ☐ その他（ ）

【治療・服薬】

項目	内容記入欄
処方内容	
服薬タイミング	☐ 食前 ☐ 食後（ 時） ☐ その他（ ）

【保育上の留意点】

項目	内容記入欄
安静	☐ 特に制限なし ☐ ベッド安静 ☐ その他（ ）
食事	☐ 特に制限なし ☐ 絶食 ☐ その他（ ）
薬	☐ 特に制限なし ☐ 処方のとおり ☐ その他（ ）
その他留意事項	

【連絡先・お迎え情報】（事前登録用の内容と同じ場合は記載不要）

項目	内容記入欄
勤務先（所在地）	
緊急連絡先①	氏名： 電話： 関係：
勤務先（所在地）	
緊急連絡先②	氏名： 電話： 関係：
勤務先（所在地）	
緊急連絡先③	氏名： 電話： 関係：

【同意事項】

お預かり中の病状の変化などにより必要と判断した場合、119番通報することがあります。
 通報前にご連絡いたしますが、繋がらなかった場合は、事業者またはベビーシッターの判断で行います。
 病院搬送先では、医師の指示に従います。

私は、以上について理解し、ベビーシッターに預けることに同意します。

利用者の署名

年 月 日 （ ）

私は、以上について理解します。

ベビーシッターの署名

年 月 日 （ ）