

病児保育依頼連絡票（依頼会員情報）

会員番号 _____
 依頼会員名 _____
 子どもの氏名 _____ 生年月日（H 年 月 日生 歳）
 性別（ 男 ・ 女 ）
 ■援助活動希望日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 ~ _____ 時

■依頼される活動内容に○をつけてください。

1. 医療機関への受診（かかりつけ医名 _____ TEL _____ ）
2. 病児の預かり
3. 病児保育室への送迎（施設名 _____ ）
 ※医療機関が発行する「病児・病後児保育連絡票」を添付してください。
4. 保育所等へのお迎え（施設名 _____ ）
5. その他（ _____ ）

■依頼したい協力会員（ _____ ）

■すでに受診されている方は、受診の結果とお子様の様子（症状の経過）をご記入ください。
 また、これから受診代行を依頼される方は前日からのお子様の様子を詳しく（症状の経過）欄へご記入ください。

受診医療機関名	
医療機関指示事項	
《症状の経過》	
体温	_____ °C（ _____ 時）
食事	
排泄（尿・便の回数）	
その他	

■投薬が必要な場合、投薬の方法・指定時間・投薬の量がわかるものを添付していただくか、下記に記載をお願いいたします。

投薬方法	1日 _____ 回 朝 _____ 昼 _____ 夕 _____ （食前・食間・食後）
指定時間	有（ _____ ） ・ 無 _____
投薬量	

■その他連絡事項

※受診代行及び保育所等のお迎えを依頼される方は、委任状（様式第6号）を記載してください。