✤よつば連絡票✤　　年　　月　　日(　　)(連続利用　　日目)受診先(　　)

お子様氏名(ふりがな　　)(男・女)　生年月日　　年　　月　　日(年齢　　)

体重(　　)kg　持病(　　)

熱性けいれん　:　なし　**あり**　(　最終けいれん　　歳　　回　)

アレルギー　:　なし　**あり**　(　　)

利用日に太枠内をご記入してください

入室(　　:　　)　退室(　　:　　)

お迎えの方お名前(　　)続柄(　　)

お迎え時間(　:　)本日連絡先(　　)

保護者職場名称(　　)

体温	昨夜　　℃・今朝　　℃ 解熱剤使用(　　時頃)		
咳	なし　少ない　多い		
ゼコゼコ	なし　少ない　多い		
鼻汁	なし　少ない　多い		
嘔吐	なし　あり(回数　　)		
排尿	普通　少量(**最終排尿時間**　　)		
下痢	回数(　　回):色(　　)		
夕食	量(　普通　少ない　なし　)		
朝食	量(　普通　少ない　なし　)		
睡眠	良眠・不眠	機嫌	良い・悪い
特記事項			

よつばでの様子(保育士が記入します)

	眠	体温	排泄	その他
8:00				
9:00				
10:00				
11:00				
12:00				
13:00				
14:00				
15:00				
16:00				
17:00				
18:00				

✐保育士より✐　(回診　　:　　)

SIDS チェック(必ず下記の項目をチェックする！)

★うつぶせ寝禁止・顔色・寝具・室温・体温など

★呼吸(必ず子供に触って確認をする！)

時間	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55

返却チェック(入室時持参した物に○・返却したら☑をつける)

セット(500 円)・持参		バスタオル	
水筒・マグ・哺乳瓶		使用した衣類	
ナウゼリン・コカール	カバン	靴下	
アセトアミノフェン		靴	
スタイ・食事エプロン			

清算	A,B	その他	長久手市	食事代	500 円
6 時間	0	1000	1000	セット	1000 円
6～8	0	1500	1500	合計	
8～10	0	2000	2000		

お薬手帳(薬説明書):　なし　あり

内服薬:　なし　あり(昼の食前　　・食後　　)

最後に服用した時間　(　　)

頓服薬:　なし　あり　(　　)

塗り薬・点眼・その他　(　　)

★薬、頓服薬(座薬等)は必ずご持参下さい

・おやつ＋昼食セット希望:　する　・　しない

★裏面も記入お願いします！　　**★キャンセルの場合は当日朝8:00までに必ず連絡をお願いします。**　　**・お迎え後の受診:あり**

～よつばのご利用案内～　名古屋市・長久手市・病児病後児デイケア事業

★お子様お預かり時間→・月～金曜日：8:00～18:00・土曜日：8:00～13:00

★持ち物（＊必ずお名前をご記入ください）

・保険証・医療証・薬・お弁当・おやつ1回分・着替え（1 組程度）・おむつ10枚程
・おしりふき・バスタオル・ビニール袋（2～3枚）
・ミルクを飲むお子さん（ミルク、哺乳瓶、乳首）・必要なら好きなオモチャ
・当日のご用意が困難な方の為に下記のセットをご用意しています。
　1：昼食＋おやつ＋飲み物 or ミルク→500円
　2：オムツ＋お尻ふき＋タオルセット→500円
　3：よつばセット（1と2を合わせたセット）→1000円

（＊アレルギー食には対応していないため、お弁当とおやつをご持参ください）

★利用時に必要な書類（よつばホームページにてダウンロードができます）

・よつば連絡票
・名古屋市病児、病後児デイケア事業利用連絡書または長久手市病児、病後児保育事業利用連絡書（かかりつけ医に記入していただく書類）

★利用予約　☎070－5441－9014　平日：16:00～19:00・土曜日：8:00～13:00

・利用の際は　前日または当日に、たかぎクリニック
もしくは　かかりつけ医での受診が必要です。
・当日の利用については、午前8時以降にお電話にてご相談ください。
・月曜日の予約は、土曜日・日曜日いずれかを　たかぎクリニック　もしくは
かかりつけ医の受診があれば可能です。

★キャンセル待ちについて

キャンセルが出た場合は連絡を差し上げます。
当日 8:30 までに連絡のない場合は、お預かり不可とご判断ください。

★キャンセルについて

体調回復やご家族の都合がつき当日キャンセルされる際は当日朝8時
までに必ずご連絡ください。

（予約時間に入室されず、未連絡の時はキャンセルとさせていただきます）

★非課税世帯の方は、以下のいずれかをお持ちください。
・市民税県民税決定通知書・市民税県民税証明書

★貴施設の病児・病児保育事業を利用したいので、下記の事項について誓約します。

①病児・病後児保育利用期間中は、事業者の指示に従います
②利用者の状況は、「名古屋市病児・病後児デイケア事業利用連絡書」または「長久手市病児、病後児保育事業利用連絡書」のとおり相違ありません
③事業者が必要と認めた時は、申し込み時及び病児・病後児保育期間中に診察を受ける事を承諾します。また緊急な場合で、保護者との連絡が不能な場合、搬送などの判断は事業所に一任します
④児童の状態が変化して事業者での対応が困難と認めたとき、または事業利用を不適当と認めたときは、利用をただちに中止し、すみやかに迎えに行く事に同意します

住所：
保護者氏名

～利用事由～（保護者の状況について該当するところに〇をつけてください）
1 勤務の都合　2 傷病　3 事故　4 出産　5 冠婚葬祭　6 その他（　　）

～通園施設名等～
・（　　保育園　）（　　幼稚園）（　　小学校　年）・自宅

★受け入れ時チェック★（保育士がチェックします）

①保険証・医療証の確認（　）

②今月たかぎ受診
なし→保険証・医療証コピー（　）

③非課税世帯
はい
↓
書類を保護者全員分コピー（　）
原本を保護者全員分確認（　）

④お薬手帳 or
お薬の説明書コピー（　）

⑤アレルギー
あり→赤テープ貼る（　）

⑦名前シール貼る（　）

⑧貴重品（保険証を含む）が
カバン内にないか確認
預かりは不可（　）