こども発達支援センター　障害児一時預かり事業　当日連絡票

※太枠内を保護者が記入してください　　　　　　確認職員　　　　　　　時　　　　分

|  |  |
| --- | --- |
| 　　児童名 |  |
| 利用日時 | 　　　　　年　　　　月　　　　日（　）　　　　：　　　　～　　　： |
| 今日の体温 | 　　　　℃（　　　　時頃） |
| 　今日の排便 | 　　　あり　・　なし　　　　良便・軟便・硬便・下痢　　回 |
| 　今日の食事 | 　　　時頃　　　　　　食欲（あり　・　なし） |
| 　　　睡眠 | 　　　：　　　　～　　　　： |

※**利用日前1週間のお子さんの体調**について☑チェックまたは記入をお願いします

|  |  |
| --- | --- |
| □体調良好 |  |
| □風邪気味 | □咳　□鼻水　　□通院・投薬している |
| □発熱があった | ・期間　　　日　～　　　日　　　□完治している |
| □感染症にかかった | ・病名　　　　　　　　　　□完治している |
| □発作があった | ・回数　　　　　　　・頻度 |
| □皮膚トラブルがある | ・箇所　　　　　　　・状態　　　　　　　　　　　□通院治療している |
| □怪我をした | ・箇所　　　　　　　・状態　　　　　　　　　　　□通院治療している |
| 　その他 | ・体調面での連絡があれば記入してください |

※緊急連絡先・**お迎え予定者は必ず記入**をお願いします。

　お迎え者**変更の場合はご連絡**をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 　連絡事項 |  |
| 緊急連絡先　① | 氏名　　　　　　　　（続柄　　　　　）電話番号 |
| 緊急連絡先　② | 氏名　　　　　　　　（続柄　　　　　）電話番号 |
| お迎え予定者 | 氏名　　　　　　　　（続柄　　　　　）電話番号 |

※職員記入　　お迎え者　　　　　　　　　確認者　　　　　　　　時　　　　分