

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

<input type="checkbox"/> 体調良好	
<input type="checkbox"/> 風邪気味	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 通院・投薬している
<input type="checkbox"/> 発熱があった	・期間 日 ~ 日 <input type="checkbox"/> 完治している
<input type="checkbox"/> 感染症にかかった	・病名 <input type="checkbox"/> 完治している
<input type="checkbox"/> 発作があった	・回数 ・頻度
<input type="checkbox"/> 皮膚トラブルがある	・箇所 ・状態 <input type="checkbox"/> 通院治療している
<input type="checkbox"/> 怪我をした	・箇所 ・状態 <input type="checkbox"/> 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