

陽だまり助産院

一時保育連絡票

利用日	20 年 月 日 ()
利用時間	: ~ :
利用目的 (行先)	休息・外出・行事・通院・その他 ()
オプションの 希望	<input type="checkbox"/> 沐浴 (利用時間内での沐浴: 別途 2,000 円)
授乳の様子	母乳のみ・混合栄養・ミルクのみ 通常: 母乳 () 回/日・ミルク (~) ml () 回/日 最終: (:) に母乳を () ml・ミルクを () ml
ミルクの種類	使用したことがあり、問題なかったものに○ (ほほえみ・はいはい・アイクレオ・すこやか・その他)
乳首サイズ	SS・S・M・L・母乳相談室
予防接種	月 日 (<input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> B 肝炎 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 四種混合) 月 日 (<input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> B 肝炎 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 四種混合) 月 日 (<input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> B 肝炎 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 四種混合)
最近の気にな る健康状態	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有 ()
緊急時連絡先	母・父・他 ()
お迎え予定者	母・父・他 () ※お迎え予定者が変更になる場合は、お迎え予定者から当院へ連絡をお願いいたします

投薬依頼 (なし あり)

医療機関 医師名		* 助産院記入欄 受取者 ()
薬品名		投与者 ()
内服方法・時間等		投与時間 ()

持ち物チェックリスト

- 利用登録申込書 (書式① 初回のみ)
- 母子手帳 (原本)
- 重要事項説明書 (書式② 初回のみ)
- 着替え一式
- 連絡票 (様式③)
- 汚れものを入れるビニール袋
- 利用料金

※ 必要な場合、 ミルク・ 哺乳瓶・ おむつ

全ての持ち物には、『わかりやすく、大きく記名』をお願いいたします