

陽だまり助産院

### 一時保育連絡票

氏名・体温	お子様氏名 ( ) 体温 ( °C)
利用日時	20 年 月 日 ( ) : ~ :
利用目的 行先	休息・外出・行事・通院・美容院・その他 行先 ( )
沐浴の希望	<input type="checkbox"/> 希望あり (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
排便の様子	最終の排便日時 ( 日 時)
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 ( ) 電話番号 ( - - )
お迎え予定者	母・父・他 ( ) ※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)
- 重要事項説明書 (書式② 初回のみ)
- 連絡票 (様式③)
- 利用料金
- 母子手帳 (原本)
- 着替え一式
- 汚れものを入れるビニール袋

※ 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