病　児　連　絡　書（依頼会員用）（用紙２－２）

（病　院　受　診　用）

下表のとおり、子どもの状況等を連絡するとともに、「受診及び緊急時の対応」について了承します。

年　　月　　日

会員番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿　　依頼会員名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

子どもの名前		歳	性別	男　・　女
			生年月日	平成 令和　　年　　月　　日
			血液型	型
緊急連絡先 （確実に連絡がとれるよう最低２つ）	携　帯　TEL　　職　場　TEL 親　族　TEL　　自　宅　TEL			
受診する病院 （かかりつけ医）	病院名　　住所 TEL			

	子どもの症状	
	前　日の様子	今　朝の様子
体　温	時頃　　度　　分 時頃　　度　　分	時頃　　度　　分
食べたもの	・普通食　・消化にいいもの ・水分のみ　・食べられない ・その他（　　）	・普通食　・消化にいいもの ・水分のみ　・食べられない ・その他（　　）
排　泄（便）	・なし・普通・軟・下痢 時刻（　　：　　）頃 時刻（　　：　　）頃	・なし・普通・軟・下痢 時刻（　　：　　）頃 時刻（　　：　　）頃
排　泄（尿）	多い・普通・少ない　【　　回】	多い・普通・少ない　【　　回】
常時飲んでいる薬	薬名	
最後に飲んだ薬とその時間	薬名 最後に飲んだ時間（　　：　　）頃	
アレルギー症状		
その他注意が必要なこと		

【受診及び緊急時の対応】

○　受診時の医師の指示に従い、処方された薬を保護者に代わり与薬してください。

○　万が一緊急を要する対応をせざるを得ない場合は、提供会員の判断を了承します。

○　連絡がとれない場合は、医師への受診後に手術等の必要な処置をする場合も医師の判断を了承します。

※　受診する病院は、かかりつけ医（カルテのある病院）としてください。

※　上記の内容は、安全に病児を預かり、また医療機関を受診する際に必要となる情報です。できるだけ詳細に記載するようにお願いいたします。