**様式②（依頼会員→センター**

**→支援会員）**

病児・病後児依頼連絡票（依頼会員提出用）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童名 | ふりがな | | 性　　別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年　月　日（　歳　か月） |
| 受診の結果 | 受診日 |  | | |
| 医療機関名 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 診断（病名）・指示 | | | |
| 前日の様子  　　　・  症状の経過 | 症状 |  | | |
| 体温 | 時　　分　　　度　　　　時　　分　　　度  　　時　　分　　　度　　　　時　　分　　　度 | | |
| 食べたもの |  | | |
| 排泄 | 普通便　　回　　　軟便　　回 | | |
| その他 |  | | |
| 今朝の様子 | 症状 |  | | |
| 体温 | 時　　分　　　　度　　　時　　分　　　度  　　時　　分　　　　度　　　時　　分　　　度 | | |
| 食べたもの |  | | |
| 排泄 | 普通便　　回　　　軟便　　回 | | |
| その他 |  | | |

＜投薬依頼書＞保護者に代わって次のとおり投薬をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 時間 | 食前・食間・食後 |
| 指定時間 | 時間毎 |
| 投薬の量 |  |

医師より在宅での一時預かりの許可がでました。万が一緊急を要する対応をせざるを得ない場合は、支援会員の判断を了承します。依頼会員との連絡が取れず、医師への受診、処置が必要な場合も、医師の判断を了承します。

依頼会員番号（　　　　　　　　　　　　　　）　　氏名（　　　　　　　　　　　　印）

緊急連絡先：