

保護者への連絡	連絡時刻		連絡者(保育士等)	受信者(保護者等)	
	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	時 分		
保護者への連絡内容					
保護者の受け止め状況					
医療機関の受診	<input type="checkbox"/> 1)あり <input type="checkbox"/> 2)なし	医療機関	<input type="checkbox"/> 保護者指定 <input type="checkbox"/> 施設指定		
		医療機関名(医師名)			
診療科	<input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> その他()				
引率者	<input type="checkbox"/> 施設職員 () <input type="checkbox"/> 保護者も同伴 <input type="checkbox"/> その他()				
受診状況	<input type="checkbox"/> 1)即日治療完了(初診のみ) <input type="checkbox"/> 2)通院(約 日間見込み) <input type="checkbox"/> 3)入院(約 日間見込み)				
治療期間	※即日治療完了も、治癒までの見込みをわかる範囲で記入してください。(約 日間見込み)				
受診内容	<input type="checkbox"/> 1)診察 <input type="checkbox"/> 2)検査(レントゲン・血液・CT・その他)				
処置内容	<input type="checkbox"/> 1)処置なし <input type="checkbox"/> 2)消毒 <input type="checkbox"/> 3)縫合 <input type="checkbox"/> 4)テーピング <input type="checkbox"/> 5)包帯固定 <input type="checkbox"/> 6)ギプス固定 <input type="checkbox"/> 7)シーネ固定 <input type="checkbox"/> 8)湿布 <input type="checkbox"/> 9)点眼 <input type="checkbox"/> 10)歯の固定 <input type="checkbox"/> 12)その他 ()				
処方薬	<input type="checkbox"/> 1)なし <input type="checkbox"/> 2)内服薬 <input type="checkbox"/> 3)外用薬 <input type="checkbox"/> 4)その他 ()				
医師の指示				今後の登園可否	
				<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
受診後の保護者への連絡	日時	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	時 分
	連絡者		受信者		
	保護者の反応				
保育認定・調整課への連絡	日時	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	時 分
	連絡者		受付者		

【施設決裁欄】 令和 年 月 日

確認者	施設長					
確認欄						

保育認定・調整課長あて

上記のとおり、報告します。

令和 年 月 日

施設名：

施設長名：