

ぽれぽれ 連絡票

(日中ショートステイ)

緊急連絡先(電話番号)①	ふりがな	
	お名前	男・女
緊急連絡先(電話番号)②	年齢	歳 カ月
	ご利用日	年 月 日
	ご利用予定時間	時 分 ~ 時 分 (合計 時間 分)

1 ショートステイ利用中に必要な医療ケア(該当する内容に□に✓をいれて詳細を記入してください)

<input type="checkbox"/> 与薬	時間	内容	用量
<input type="checkbox"/> 経管栄養	時間	内容	用量
<input type="checkbox"/> 吸入	時間	内容	用量
<input type="checkbox"/> 吸引			
<input type="checkbox"/> 導尿	時間:		
<input type="checkbox"/> その他			

2 お預かりの注意点

3 持参品(該当する内容に□に✓をいれて詳細を記入してください)

<input type="checkbox"/> 着替え 着	<input type="checkbox"/> パンツ または おむつ 枚
<input type="checkbox"/> 医療ケア物品(必要なものはすべてご持参ください)	
<input type="checkbox"/> 食事・栄養剤	
<input type="checkbox"/> その他	

4 確認事項 下記に同意したうえで、日中ショートステイの利用を申し込みます。

- 急な体調変化などについては受診、治療、処置を行うことに同意し、要した費用を支払います。
- 持参した食事に関する一切の責任は私にあることとし、万一持参した食事の摂取により子どもの体調に異変が生じても苦情は申しません。

平成 年 月 日 氏名 (続柄)