

ご家族用

※お子様と同居されているご家族の人数分ご作成ください。

乳幼児ショートステイ 体調確認表

氏名		続柄		平熱	℃
----	--	----	--	----	---

	確認日	体温	症状（各症状のいづれかに○をつけてください）					備考
			咳	全身倦怠感	味覚・嗅覚異常	頭痛	下痢	
記入例	令和2年 9月 1日	36.6℃	○有・無	○有・無	○有・無	○有・無	○有・無	
利用日 2週間前	令和3年 月 日	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
	令和3年 月 日	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
	令和3年 月 日	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
	令和3年 月 日	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
	令和3年 月 日	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
利用日 1週間前	令和3年 月 日	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	※子ども家庭支援センターから、1週間分の体調確認のご連絡をいたします。
	令和3年 月 日	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
	令和3年 月 日	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
	令和3年 月 日	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
	令和3年 月 日	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
利用日 前日	令和3年 月 日	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	※利用する施設にこれまでの体調の経過を報告してください。
	令和3年 月 日	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	※入所の際に本シートを利用する施設に提出してください。
当日	令和3年 月 日	℃	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	

<施設連絡先>

麻布乳児院 ☎03-3446-5361

東京都済生会中央病院附属乳児院 ☎03-3451-8289