

大田区乳幼児ショートステイ 体調確認表

感染症等の対策のため、ショートステイご利用日1週間前から、お子様と同居するご家族の体調の記録をお願いします。こちらの体調確認表に体調を記録して、以下のとおり報告してください。また、大田区子育て支援課又は利用施設から、体調確認のご連絡を差し上げる場合もございますのでご了承ください。

- ① ご利用日 前日：利用施設に、電話にて体調をご報告してください。(受付時間：午前9時から午後5時まで)
- ② ご利用日 当日：入所時に、利用施設へ体調確認表を提出してください。

※同居するご家族分の表が足りない場合は、体調確認表を複数枚使用してください。

【利用施設の連絡先】東京都済生会中央病院附属乳児院 電話 03-3451-8289

	お子様の氏名		平熱	℃			月齢(利用日時点)	オ	ヶ月
	確認日	体温	症状(症状があった場合○をつけてください)						備考
			鼻水	咳	下痢	嘔吐(通常よりも多量)	ぐったりした様子	ミルク・食事摂取不良	
7日前	令和 年 月 日	℃							
	令和 年 月 日	℃							
	令和 年 月 日	℃							
	令和 年 月 日	℃							
3日前	令和 年 月 日	℃							
	令和 年 月 日	℃							
当日	令和 年 月 日	℃							
	令和 年 月 日	℃							

	ご家族 氏名		平熱	℃			続柄	
	確認日	体温	症状(症状があった場合○をつけてください)					備考
			鼻水	全身倦怠感	下痢	頭痛	味覚・嗅覚異常	
7日前	令和 年 月 日	℃						
	令和 年 月 日	℃						
	令和 年 月 日	℃						
	令和 年 月 日	℃						
3日前	令和 年 月 日	℃						
	令和 年 月 日	℃						
当日	令和 年 月 日	℃						
	令和 年 月 日	℃						

	ご家族 氏名		平熱	℃			続柄	
	確認日	体温	症状(症状があった場合○をつけてください)					備考
			鼻水	全身倦怠感	下痢	頭痛	味覚・嗅覚異常	
7日前	令和 年 月 日	℃						
	令和 年 月 日	℃						
	令和 年 月 日	℃						
	令和 年 月 日	℃						
3日前	令和 年 月 日	℃						
	令和 年 月 日	℃						
当日	令和 年 月 日	℃						
	令和 年 月 日	℃						