

## 連 絡 事 項

子どもの名前	
生年月日	
かかりつけ医1	病院名 TEL
かかりつけ医2	病院名 TEL
平熱	度 分
服用中の薬 (いつ、何回)	薬の名前 服用方法
アレルギー	
特に気を付けてもらいたい こと (病気など)	
その他お願いしたいこと	
家族の連絡先 1 (名前 )	TEL メール
家族の連絡先 2 (名前 )	TEL メール
子育てや育児に関する相談	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 幼稚園等在籍児童相談先 宇多津町教育委員会 TEL0877-49-8007</li> <li>・ 保育園等在籍児童相談先 宇多津町保健福祉課 TEL0877-49-8003</li> <li>・ ファミリーサポートセンター 宇多津町社会福祉協議会 TEL0877-49-0287</li> </ul> ※上記対応時間【8：30～17：15】
医療に関する相談	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 母子医療等に関する相談先 宇多津町保健センター TEL0877-49-8008</li> </ul> ※上記対応時間【8：30～17：15】
新型コロナウイルスに関する相談	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 香川県新型コロナウイルス健康相談コールセンター【24時間対応】 TEL0570-0897-550</li> <li>・ 厚生労働省電話相談窓口フリーダイヤル【9：00～21：00土日祝含む】 TEL0120-565653</li> </ul>

預かる人	主にみる人	サポート役
第1候補	名前 TEL	名前 TEL
第2候補	名前 TEL	名前 TEL
第3候補	名前 TEL	名前 TEL