

様式②(保護者記入)

森のぼかばか保育園 病児保育利用申込書

登録番号	2	2	-				
------	---	---	---	--	--	--	--

※利用日当日の朝に、必ずご持参ください。

※登録番号は保育者が記入します。

利用日(記入日)	年 月 日			利用児の在籍	森ぼか・兄弟児・一般・その他()			
フリガナ				性別	生 年 月 日			
利用児名				男・女	西暦	年 月 日	歳 ヵ月 [現在]	
連絡先	①	-	-	②	-	-		
利用内容	登 園				降 園			
	時 分	同伴者	母親・父親・その他(続柄)		時 分	同伴者	母親・父親・その他(続柄)	

病名				受診日	月 日 ()		
お薬	<input type="checkbox"/> 処方薬を持参している <input type="checkbox"/> 持参していない <input checked="" type="checkbox"/> お薬を持参の場合、『病児保育利用連絡票』(様式③)内の処方内容の記載、『薬剤情報提供書』を一緒にご持参ください			受診病院			
	症状	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 喘息発作 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> その他					
現状	発熱	度 分	(平熱)	度 分	様子	<input type="checkbox"/> 元気がない <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> その他()	
	昨日からの症状について詳しくご記入ください						
睡眠時間	時 分頃～ 時 分頃まで (良・不良)			最終排便	月 日 () (普通・下痢・硬い)		
今朝の朝食	食べられなかった・あり (少ない・普通・多い)			昨日の夕食	食べられなかった・あり (少ない・普通・多い)		
座薬の投薬	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 使用した <input checked="" type="checkbox"/>			【最終使用日時】	月 日 () 時 分頃		
症状の起こった最終時間	<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 喘息発作 <input type="checkbox"/> その他()			月 日 () 時 分頃			
【詳細を記入】							
.....							
.....							
.....							

※該当するところに✓マークを記入し、記入する箇所には漏れの無いようにご記入をお願い致します。

内容	該当するところに✓マークを記入		内容	該当するところに✓マークを記入	
食事	<input type="checkbox"/> ひとりできる	<input type="checkbox"/> 手助けが必要	排便	<input type="checkbox"/> ひとりできる	<input type="checkbox"/> 手助けが必要
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> ひとりできる	<input type="checkbox"/> 手助けが必要	排尿	<input type="checkbox"/> ひとりできる	<input type="checkbox"/> 手助けが必要

持参品	<input type="checkbox"/> ミルク・哺乳瓶	【量】	cc/1回	【回数】	/1日
	<input type="checkbox"/> 着替え	3 枚	<input type="checkbox"/> 昼食	<input type="checkbox"/> おやつ	<input type="checkbox"/> 水筒
	<input type="checkbox"/> フェイスタオル	2 枚	<input type="checkbox"/> バスタオル	2 枚	<input type="checkbox"/> おむつ
		【最後の授乳】	時 分	【園で飲む時間】	時・ 時・ 時
		<input type="checkbox"/> おむつ		<input type="checkbox"/> 処方薬	

既往症	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> ない	初 回	歳 ヵ月	アレルギー	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない
		<input checked="" type="checkbox"/> ある	最 後	歳 ヵ月	※食物アレルギー含む、具体的な内容を記入	
			これまでの回数	回		

上記の通り、森のぼかばか保育園を利用したいので申し込みます。
 なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

年 月 日

※事前登録時より変更がある場合は、ご連絡ください。

保護者 _____ 印 _____

様式③(医師記入分)

森のぼかばか保育園 病児保育 利用連絡票

(宛先)

森のぼかばか保育園園長

年 月 日

医療機関

所在地:

名称:

担当医師名:

電話番号:

印

病児保育事業の利用が可能と判断し、以下の内容について連絡します。

※ 各項目 該当数字に○印の上、必要に応じて記載してください。

氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 歳 か月
I 病名(複数可)	1 感冒・感冒様症候群 2 咽頭炎 3 扁桃腺炎 4 気管支炎 5 肺炎 6 ヘルパンギーナ 7 喘息・喘息性気管支炎 8 突発性発疹症 9 伝染性紅斑 10 急性胃腸炎 ※麻しん(はしか)、風しん、流行性耳下腺炎、水痘、百日咳、腸管出血性大腸菌感染症等は病児保育対象外です。	※下線の病名は安静室の利用となります。 11 <u>アデノウイルス感染症</u> 12 <u>溶連菌感染症</u> 13 <u>RSウイルス感染症</u> 14 <u>手足口病</u> 15 <u>マイコプラズマ肺炎</u> 16 <u>インフルエンザ(A・B)</u> 17 その他()	<迅速検査を行った場合は記載> 新型コロナウイルス (+ / -) インフルエンザ (+ / -) アデノウイルス (+ / -) 溶連菌 (+ / -) RSウイルス (+ / -) ロタウイルス (+ / -) その他 ()
II 症状及び経過・治療状況等	<症状> 1 発熱 2 下痢 3 嘔吐 4 咳嗽 5 喘鳴 6 発疹 ※その他は右に詳記	<経過・治療状況>	
III 処方の内容	<薬品名・用量・用法・日数等>		
IV 特記すべき既往歴	1 なし 2 あり (右に詳記) →	① 熱性けいれん (回) ② 喘息 ③ 食物アレルギー () ④ その他 ()	
V 食事に関する特別な指示	1 なし 2 あり 詳細:		
VI 保育上の留意点	1 室内保育 2 室内安静 3 安静室での保育が必要(隔離が必要な期間:おおむね 日)		
VII その他注意事項			