

様式②(保護者記入)


うみのぼかばか保育園 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	うみぼか・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 カ月 [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  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  【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	【最後の授乳】 時 分	【園で飲む時間】 時・時・時
	<input type="checkbox"/> フェイスタオル 2枚	<input type="checkbox"/> 昼食	<input type="checkbox"/> おやつ
	<input type="checkbox"/> バスタオル 2枚	<input type="checkbox"/> おむつ 10枚	<input type="checkbox"/> 処方薬

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

上記の通り、うみ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)

うみのぼかぼか保育園 病児保育 利用連絡票

(宛先)

うみのぼかぼか保育園園長

年 月 日

医療機関

所在地:

名称:

担当医師名:

印

電話番号:

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		※下線の病名は安静室の利用となります。														
	2 咽頭炎		11 <u>アデノウイルス感染症</u>														
	3 扁桃腺炎		12 <u>溶連菌感染症</u>														
	4 気管支炎		13 <u>RSウイルス感染症</u>														
	5 肺炎		14 <u>手足口病</u>														
	6 ヘルパンギーナ		15 <u>マイコプラズマ肺炎</u>														
	7 喘息・喘息性気管支炎		16 <u>インフルエンザ(A・B)</u>														
	8 突発性発疹症		17 その他( )														
	9 伝染性紅斑																
	10 急性胃腸炎																
<p>〈迅速検査を行った場合は記載〉</p> <table><tr><td>新型コロナウイルス</td><td>(+ / -)</td></tr><tr><td>インフルエンザ</td><td>(+ / -)</td></tr><tr><td>アデノウイルス</td><td>(+ / -)</td></tr><tr><td>溶連菌</td><td>(+ / -)</td></tr><tr><td>RSウイルス</td><td>(+ / -)</td></tr><tr><td>ロタウイルス</td><td>(+ / -)</td></tr><tr><td>その他 ( )</td><td></td></tr></table>				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 ( )	
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〉	〈経過・治療状況〉															
	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																
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																	