

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	4	-						
------	---	---	---	--	--	--	--	--	--

※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				受診病院				
	<input 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								
現状	症状	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐(→ 回) <input type="checkbox"/> 下痢(→ 回) <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							
	体温(就寝前)	度	分	(今朝)	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	・食べた(内容:) ・あり(少ない・普通・多い)・食べられなかった	昨日の夕食	・食べられなかった・あり(少ない・普通・多い)		
解熱剤の使用の有無(飲み薬又は座薬)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【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		
	【最後の授乳】 時 分		【園で飲む時間】 時・時・時		
	<input type="checkbox"/> 着替え(上下と下着) 3枚	<input type="checkbox"/> 昼食	<input type="checkbox"/> おやつ(10時、15時2食分)	<input type="checkbox"/> 水筒	
	<input type="checkbox"/> 手拭きタオル(紐付き) 1枚	<input type="checkbox"/> お昼寝用/バスタオルor シーツ 2枚	<input type="checkbox"/> 掛け布団 1枚	<input type="checkbox"/> おむつ 10枚	
<input type="checkbox"/> 処方薬、お薬手帳	<input type="checkbox"/> 食事エプロン 1枚				

既往症	熱性けいれん <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	初回	歳	カ月	アレルギー <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
		最後	歳	カ月	※食物又は内服でアレルギー反応がなかったか、具体的な内容を記入
		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

様式③(医師記入分)

うみのぼかばか保育園 病児保育 利用連絡票

(宛先)

うみ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 ※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		<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)→ <table style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <tr> <td>① 熱性けいれん ()回</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>② 喘息</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>③ 食物アレルギー()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>④ その他 ()</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			① 熱性けいれん ()回	<input type="checkbox"/>	② 喘息	<input type="checkbox"/>	③ 食物アレルギー()		④ その他 ()	<input type="checkbox"/>
① 熱性けいれん ()回	<input type="checkbox"/>										
② 喘息	<input type="checkbox"/>										
③ 食物アレルギー()											
④ その他 ()	<input type="checkbox"/>										
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:おおよね 日)										
VII その他注意事項											