

利用申し込み申請書

※医師連絡票と一緒にご提出ください

きつずはうすひまわり病児病後室をかかりつけ医師により医師連絡票のとおり説明を受けたうえで、
利用したいので申請します。

○印・記入 (病児病後室の利用は (はじめて - 2 回目以降)

フリガナ 児 童 名		愛称	
		年齢	歳 月
主な症状(○をおつけください) 発熱 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 咳嗽 ・ 喘鳴 ・ 発疹 ・ 湿疹 ・ その他() いつからどういう症状がありますか。(出来る限り詳しく記入して下さい)			
薬	無 ・ 有 ※利用中に内服等ある場合は与薬依頼票を記載し、薬剤情報提供書と1回分のみ内服をご持参ください。		
その他連絡事項がありましたら、お書きください。			
登録時の内容(連絡先・住所・勤務先など)に変更がありましたら、必ずお知らせください。 登録時の内容に変更がないことを確認しました。 記入日 令和 年 月 日 <u>保護者名</u> <u>担当者名</u>			
下記項目は、登録時と変更がある場合のみ、ご記入ください。			
保護者名	緊急連絡先①		(携帯・勤務先・その他)
	緊急連絡先②		(携帯・勤務先・その他)
保険証	記号	番号	保険者番号
かかりつけの病院			通園先
アレルギー	無 ・ 有 ()		
喘息	無 ・ 有	その他 既往歴	
その他変更内容がありましたら、お書きください。			

病児・病後児保育事業医師連絡票

実施施設長 殿

病児・病後児保育事業の利用について、下記のとおり連絡します。

お子さまの 名 前		かかりつけ医 医師名	印
連絡先 (電話・ FAX)		連絡先 (電話) (FAX)	
下記の病名・病状番号に○印を付けてください。			
01 感冒・感冒様症候群 02 咽頭炎 03 扁桃腺炎 04 気管支炎 05 喘息・喘息性気管支炎 06 消化不良症 07 感冒性嘔吐症 08 自家中毒症 09 中耳炎・外耳炎 10 結膜炎（流角結を含む）	11 膿痂疹 12 突発性発疹症 13 手足口病 14 伝染性紅斑（りんご病） 15 流行性耳下腺炎 16 麻疹 17 水痘 18 百日咳 19 風疹 26 その他〔	<病名不明のとき> 20 発熱 21 下痢 22 嘔吐 23 咳嗽 24 喘鳴 25 発疹	
病状（○印）	1 急性期（発熱等）	2 回復期（下痢・微熱等）	
安 静 度 ○印	1 ベッド上安静 3 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 4 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）	2 隔離室で隔離	
食 事（昼食） ○印	ミルク、牛乳のみ、離乳食（前期・中期・後期）、幼児食 下痢食・アレルギー食 (除去内容)		
処 方 内 容 (ご記入いた だくか、処方 箋のコピーを 添付してくだ さい。)			
	次回診察予定日 月 日()		

病児・病後児保育 利用記録

利用日 令和 年 月 日

★上の太枠内をご家庭で記入し利用日に持参してください。

フリガナ 名前			年齢	歳		カ月		
お迎え予定時間	:		お迎えにくる人					
朝体温	℃		(前日の夜~当日の朝までの最高体温					℃)
症状	咳	鼻水	ゼーゼー	下痢	嘔吐	発疹	その他()	
※お薬を使用した場合は最終時間を記入してください								
熱さまし()時使用 ・はきけ止め()時使用 ・けいれん止め()時使用								
食 事	前日夜	食べなかった	少量食べた	普段通り	朝	食べなかった	少量食べた	普段通り
水 分	前日夜	飲まなかった	少量飲んだ	普段通り	朝	飲まなかった	少量飲んだ	普段通り
ミルク	最終哺乳時間		:	量	ml			
機 嫌	普段通り	やや悪い	悪い	活 気	ぐったりしている	普段通り	興奮気味	
睡 眠	普段通り	眠りが浅い	眠れていない	【夜の睡眠時間		:	~	:
ご家庭の様子、質問などありましたらご記入ください								
翌日のご利用 (希望する ・ 希望しない ・ 未定) ※予約状況によりご希望に添えないこともあります								

保育記録

アレルギー 無・有() 熱性けいれん 無・有

登園時間	:		降園時間	:		
体温		排泄		ごはん・ミルク		その他
				午睡		

保育中の様子

医師連絡票の期限()月()日まで
期限内は
・利用記録
・与薬依頼票/薬剤情報提供書/1回分の薬
(利用中のお薬がある場合)
のみでご利用いただけます

予約・前日までのキャンセル

☎090-4712-8739【病児病後児保育専用電話】
(平日 9時~17時)

当日のキャンセル

☎099-255-6622【保育園代表電話】
(利用当日 7時~8時)

与薬依頼票

受領者

きっずはうす ひまわり 殿

下記の児童について、医師の診察を受けたところ、下記の保護者記入欄の内容の通りの指示がありましたので、私に代わって保育所での与薬をお願いいたします。

[保護者名] _____ ⑩ [連絡先] _____

[児童名] _____ (現在 歳 ヶ月)

持参薬剤名	
保管	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他
薬の剤型	粉末 ・ シロップ ・ 外用薬 ・ その他
薬の内容容	抗生物質 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ かぜ薬 外用薬 () ・ その他 ()
使用時間	昼食前 ・ 昼食後 ・ おやつ前 ・ おやつ後 その他 ()
外用薬等の使用法	
薬剤情報	薬剤情報提供書の添付 (あり ・ なし)
与薬期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

【与薬記録】

日付	時間	投薬者
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		

- ・ 薬剤情報提供書（またはお薬手帳）は、本紙と併せてご提出ください。
- ・ 投薬変更時は、その都度与薬依頼票をご記入、ご提出ください。
- ・ **与薬依頼票・薬剤情報提供書がない場合、こちらので投薬はできません**のでお持ち帰りとさせていただきます。
- ・ 与薬依頼票が必要な場合は、お早めに声をおかけください。
- ・ 与薬期間が変更になりましたら、職員までお声かけください。
- ・ 薬は、1回分のみ持たせてください。（シロップ剤や水剤は、清潔な小さな容器に1回分を入れてご用意ください）また、袋や容器にお子さんの氏名を必ず記入してください。
- ・ 与薬依頼票の原本は、ご家庭用とします。2日目以降も、与薬がある場合は原本と薬（1回分）を一緒に持たせてください。