

わんぱくキッズホーム  
病名および病状連絡票

登録日	年 月 日
園児氏名	
登録番号	

令和 年 月 日

社会福祉法人 春の風 理事長 長江 昭夫 殿

患児氏名

下記内容については、主治医と相談の結果、病時・病後児保育室の利用が必要であると判断されたものに相違ありません。

なお、当該保育室利用時に、貴院が児童の健康状態、病状等を主治医に確認することを承諾します。

主治医名： \_\_\_\_\_ (印)

医院名： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_

下記の病名にチェックをつけてください。

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群      | <input type="checkbox"/> 突発性発疹   |
| <input type="checkbox"/> 咽頭炎            | <input type="checkbox"/> 手足口病    |
| <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎           | <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑   |
| <input type="checkbox"/> 気管支炎           | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 |
| <input type="checkbox"/> ぜんそく・ぜんそく性気管支炎 | <input type="checkbox"/> 麻疹      |
| <input type="checkbox"/> 感冒性嘔吐症         | <input type="checkbox"/> 水痘      |
| <input type="checkbox"/> 自家中毒症          | <input type="checkbox"/> 百日咳     |
| <input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎        | <input type="checkbox"/> インフルエンザ |
| <input type="checkbox"/> 結膜炎（流角結を含む）    | <input type="checkbox"/> 病名不明    |
| <input type="checkbox"/> 膿痂疹            |                                  |

下記の症状にチェックを付けてください

- |                                     |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱         |
| <input type="checkbox"/> 下痢         |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐         |
| <input type="checkbox"/> 咳嗽         |
| <input type="checkbox"/> 喘鳴         |
| <input type="checkbox"/> 発疹         |
| <input type="checkbox"/> その他<br>( ) |

病期	<input type="checkbox"/> 急性期（発熱等） <input type="checkbox"/> 回復期（解熱・微熱等） <input type="checkbox"/> その他（ ）
安静度	<input type="checkbox"/> 他児と隔離が必要 <input type="checkbox"/> ベッド上で安静 <input type="checkbox"/> 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） <input type="checkbox"/> 室内保育（他児とふつうにあそんで良い） <input type="checkbox"/> その他（ ）
食事	<input type="checkbox"/> 給食 <input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> その他（ ）
薬	<input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 処方あり 処方内容（ ）
備考	

病後児保育室利用申込書兼承諾書

わんぱくキッズホーム園長宛

令和 年 月 日

病後児保育の利用を次の通り申請します。この申請書を当施設で使用すること及び市が、当施設より利用状況の報告（\*必要時）を受ける事に同意します。

利用児童保護者

印

		登録番号	
利用児童名（ふりがな）		性別	生 年 月 日
		男・女	年 月 日 歳 カ月
緊急連絡先	保護者氏名	続柄	連絡先①
	*身近なご親族など（任意）		
お迎えする人のお名前：		（続柄：父・母・祖父・祖母・その他（ ））	
お迎え予定時間：		時 分	
看護できない理由 <input type="checkbox"/> 勤務の為 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
通っている保育所・幼稚園・学校など：			
かかりつけ医： 無 ・ 有（ ）			
体温	前日 時 °C / 当日 時 °C		
症状	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	*回数、状態を詳しく（ ）		
睡眠	起床： 時 分 ⇒ 良眠 ・ 不眠		
機嫌	良い ・ 普通 ・ 悪い		
食欲	あり ・ なし 今朝の食事量（少・普・多）		
お薬	なし ・ あり（内服時間 時 分頃）		

与薬依頼 ※医師の与薬指示（あり ・ なし）

薬の内容	剤 型	処方時間・使用方法など	保管
	粉末・シロップ・外用薬・その他（ ）	食後・食間・食前・その他	室温冷暗所
	粉末・シロップ・外用薬・その他（ ）	食後・食間・食前・その他	室温冷暗所

※園記載 利用開始日 年 月 日～ 月 日

利用日数： 利用料/日： 円（ ） 計： 円

\*本紙の有効期限は疾患により7～14日となります

## 同意書・重要事項確認書

病後児保育室では、保護者の代わりに看護師、保育士が病気のお子さまをお預かりする施設です。通常の外来で治療可能な病気にかかられたお子さまが対象で、かかりつけ医（もしくは医師）からの指示に従い安静、投薬の看護、療養を致します。皆様が安心してご利用いただけるよう、下記の重要事項をご確認下さいますようお願い致します。

**\* 感染力の強い疾患 麻疹・風疹・水痘。結膜炎などは対象外**

### ご利用にあたっての重要確認事項

1. 予約受付後、当日の朝の症状により保育ができないと判断した場合はお預かりできない場合があります。
2. 利用者間の感染には細心の注意を払いますが、感染の可能性が全くないということではありません。
3. 保育中に症状が悪化し、保育の継続が困難になった時には、予定時間前でもお迎えをお願いします。
4. 点滴などの医療処置は致しません。ただし、喘息の吸入処置は、病名及び病状連絡票内でかかりつけ医の指示がある時に行います。
5. 緊急時には、事後承諾で先に治療を開始する場合があります。
6. 特別な理由がなく水痘ワクチン、MRワクチン（麻疹・風疹混合）BCGの予防接種をしていない方は他の方の感染リスクを考慮し、お預かりが出来ません。
7. 緊急連絡が取れなかったことにより不利益が生じても、当病後児保育室では責任を負いません。
8. 1通のかかりつけ医（もしくは医師）の病名及び病状連絡票は7日間有効（土日含む）です。  
※骨折の場合は14日間（土日含む）有効
9. 原則、1回の利用で病名の変更がない場合は利用当日を含む2日間の予約ができます。
10. ご予約のキャンセルは可能ですが、必ずご連絡をお願い致します（当日9時迄）
11. 本用紙は上記8.の有効期間と同等期間有効とする。

### 与薬に関して

1. 処方薬については、病院からの『病名及び病状連絡票』に記載された薬を預かります。  
\* 記載内容によってはお薬手帳などの確認をさせていただきます。お持ちください。
2. 医師の与薬指示がない薬についてはお預かりできませんのでご注意ください。
3. 処方の変更や追加が発生した場合は必ずお申し出の上、お薬の説明書きをご持参下さい。
4. 薬類は全てに記名をしてお持ち下さい。\* 当日分のみのお預かりです。

上記内容を確認し、承諾の上ご署名をお願い致します。

令和 年 月 日

保護者氏名

印

利用児童

生年月日

説明者