

## ①病後児保育 利用登録書

記載日 令和 年 月 日

保護者名 (ふりがな)	児童との続柄
住所 〒	

児童の健康状態等について、次のとおり報告します。

### ●児童基本情報

児童氏名 <small>(ふりがな)</small>	性別 男 ・ 女
児童生年月日 年 月 日生 (満 歳 箇月)	出生時体重 g
	出産の状態 正常分娩 それ以外( )
お子さんの愛称	園名・小学校名
健康保険証番号	記号 番号 保険者番号
かかりつけ医療機関 病院名(受診科)・住所・連絡先等(複数記載可)	

### ●予防接種

BCG	未 ・ 済	水ぼうそう	未 ・ 1 ・ 2
ポリオ不活化	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加	おたふくかぜ	未 ・ 1 ・ 2
ポリオ生ワクチン	未 ・ 1 ・ 2	日本脳炎	未 ・ 1 ・ 2 ・ 追加
三種混合/四種混合	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加	MR(麻疹・風疹)	未 ・ 1期 ・ 2期
ヒブ(インフルエンザ)	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加	ロタウイルス	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3
小児肺炎球菌	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加	B型肝炎ウイルス	未 ・ 1 ・ 2 ・ 3
インフルエンザウイルス	未 ・ 直近 年 月 日		

●病歴

麻疹	未・済	風疹(三日ばしか)	未・済
水ぼうそう	未・済	突発性発疹	未・済
おたふくかぜ	未・済	百日咳	未・済
RSウイルス	未・済		
熱性けいれん(ひきつけ)	無・ 座薬等使用 有・無	直近	年 月 これまでに 回
その他(複数記載可)			

●治療中

アトピー性皮膚炎	無・治療している(内服薬・軟膏・食事制限)・治療していない		
喘息	無・薬を飲んでいる・発作時に飲んでいる・飲んでいない 貼付薬を貼っている・貼っていない		
その他の病気	(病名)	(入院:□なし □あり	歳 か月)

●アレルギー

アレルギーのある場合は、品目とアレルギー反応を起こしたときの状態について具体的に記載ください。	
食事制限 している・いない	

●食事・排泄

日頃の食欲	旺盛・普通・小食
摂食	ひとりで食べられる・一人で食べるがかなりこぼす・補助が必要
偏食	
排泄	全とおむつ・トイレトレーニング中・寝るときのみおむつ・自立している

●自由記載

性格や体質や癖など、心配なこと、配慮して欲しいことがあれば具体的に記載してください。
--



### ③病後児保育 利用申込書

せんしん未来サテライト病後児保育室 御中

令和 年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

●病後児保育を利用したいので、別紙の利用連絡票を添えて申し込みます。

(ふりがな) 児童氏名		性別	男 ・ 女
児童生年月日	年 月 日生	(満 歳 箇月)	
利用希望の期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	

●保護者及び家族欄・緊急連絡先

続柄	氏名	生年月日	連絡先電話番号 (勤務先名称等)	緊急連絡 順位

上記以外の緊急連絡先がある場合は、こちらに記載してください。

※緊急連絡先として、確実に連絡が取れる電話番号を記載してください。

●お子さんを家庭で看護できない理由

1. 保護者の勤務	2. 傷病	3. 事故	4. 出産	5. 冠婚葬祭
6. 災害	7. 出張			
8. その他社会的にやむを得ない事情(下記空欄に明確・詳細に記載ください)				

#### ④病後児保育問診票

年 月 日 氏名：

該当する項目に☑をつけて、質問にお答えください。

##### 【発熱】

<input type="checkbox"/> 発熱がありました	<input type="checkbox"/> 発熱はありません
・（ 月 日）から発熱しています。 ・最高は（ °C）です。（ 日） ・解熱剤の使用は（ あり ・ なし ） ※解熱剤最終使用（ 日）（ 時）	

##### 【嘔吐】

<input type="checkbox"/> 嘔吐がありました	<input type="checkbox"/> 嘔吐はありません
・（ 月 日）から嘔吐しています。 ・昨日は（ 回）嘔吐しました。 ・最後に嘔吐したのは（ 日）の（ 時頃）です。	

##### 【下痢】

<input type="checkbox"/> 下痢がありました	<input type="checkbox"/> 下痢はありません
・（ 月 日）から下痢をしています。 ・昨日は（ 回）嘔吐しました。 ・最後に下痢をしたのは（ 日）の（ 時頃）です。 ・便の性状は <input type="checkbox"/> 白っぽい <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 不消化 <input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> ドロドロ <input type="checkbox"/> やわらかい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬め	

##### 【咳】

<input type="checkbox"/> 咳が出ています	<input type="checkbox"/> 咳は出ていません
・（ 月 日）から咳が出ています。 ・昨夜は <input type="checkbox"/> よく眠れた <input type="checkbox"/> 咳で眠れなかった	

##### 【発疹】

<input type="checkbox"/> 発疹が出ています	<input type="checkbox"/> 発疹は出ていません
・（ 月 日）から発疹が出ています。	

【その他】※気になること（アレルギーや上記以外の症状）がありましたらご記入ください。

##### 【今朝の様子について】

- ・食事は普段と比べて  多い  普通  少ない
- ・水分は普段と比べて  多い  普通  少ない
- ・機嫌は普段と比べて  普段通り  あまり元気がない
- ・体温は（ 時）に（ °C）
- ・排便は  なかった  
 あった（  いつも通り  硬い  ゆるい  少ない）
- ・排尿は  いつも通り  少ない

##### 【お昼寝について】

- ・お昼寝の習慣が  ある（ 時頃から 時間くらい）  なし
- ・お昼寝の寝つきは  よい  時々ぐずる  いつもぐずる

##### 【内服薬について】

- ・病児保育中に内服する薬が  ない  ある  
 ※ある場合は与薬依頼書をご記入してください

##### 【お迎えについて】

- ・お迎えは（ 時）に（ ）がきます

⑤投薬依頼書  
(保護者記入書式)

せんしん未来サテライト 病後児保育室 御中

令和 年 月 日提出

●医師の診断のもと、下記の通り指示がありましたので幼稚園での投与をお願いします。

クラス	組	園児名	保護者印	
受診病院名等	病院名		投薬する日	年 月 日
	病院電話番号 担当医師		特記事項 注意事項	
病名および症状				
薬の取扱い	飲み薬		その他の薬	
	薬の種類	<input type="checkbox"/> 水薬 ( 種) <input type="checkbox"/> 粉薬 ( 種) <input type="checkbox"/> 錠剤 ( 種)		
投与時間	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 ( 時 分頃)	<input type="checkbox"/> 時 分頃 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

●投薬依頼書は保護者記入です。医療機関に記入を依頼するものではありません。

●薬は1回分量を持参し、袋それぞれに名前を書いてください。

●依頼票はペンで記入し、必ず教員に手渡ししてください。記入漏れのないようお願いします。

●昼食の時間は11:00～13:00の間、約1時間となっております。クラス、行事などにより時間は変わりますので、正確な投与時間をお知りになりたい方は、担任にお尋ねください。

●医師の診断の元で投薬します。軟膏類を含め、市販薬などはお請けいたしかねます。

●この用紙は必要部数を各自コピーして利用するか、同様の書式で提出ください。(ハンコを忘れずに)

●この用紙は園のサイトからもダウンロードできます。

----- き り と ら な い -----

【幼稚園記載】

令和 年 月 日

ご依頼がありました通り、薬を服用させましたのでお知らせいたします。

投与者サイン	投与時間	備考
	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ( 時 分頃)	