

病児保育室利用書

平成 年 月 日

フリガナ				<お迎え予定> 氏名： (続柄) 時間： 頃			
氏名							
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)	性別					
本日の緊急連絡先	時間帯	氏名		続柄	TEL		
症状	病名						
	発熱	なし・あり	昨夜：	今朝：			
	咳	なし・あり (コンコン ・ ゼーゼー ・ ケンケン ・ 痰の絡んだ咳)					
	鼻水	なし・あり					
	嘔吐	なし・あり (回)					
	下痢	なし・あり (回 水様 ・ 泥状 ・ 軟便)					
	発疹	なし・あり (部位：)					
	腹痛	なし・あり	頭痛	なし・あり			
	機嫌	良い・普通・悪い	睡眠	眠れている・眠れていない			
	食欲	なし・あり	水分	飲めている・飲めていない			
◇ その他の症状 (具体的にお書き下さい)							
現在までの治療		() 外来治療を受けている / ~ () 入院治療を受けていた / ~ / () 治療は受けていない					
昨日の様子		() 自宅安静 () 保育所・幼稚園に通っていた () 病児保育室を利用していた					
昨日から今朝までの症状は		() 改善している () 変わらない () 悪化している					
薬	持参薬	なし・あり					
	吸入	なし・あり (最終 時頃)					
	坐薬	なし・あり (内容： 最終使用時間：)					
病児保育室利用中高熱時の解熱剤の使用について		() 希望する (°C以上になったら使ってほしい) () 出来るだけ使用しないでほしい () 保育室の判断に任せる					
児童を看護できない理由		1. 勤務の都合 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. その他 ()					
◇その他ご心配なことがありましたらお書き下さい。							

※ 生活保護受給世帯、又は市町村民税非課税世帯の場合は利用料の免除・減額申請を行えます。

診察券番号

記入日 年 月 日

病児保育登録書

フリガナ		愛称	性別	生年月日	
氏名			男・女	平成	年 月 日
住所	〒				
	Tel. — —				
家族構成					
	氏名	続柄	勤務先	携帯番号	
保護者			Tel.		
			Tel.		
兄弟姉妹	男・女 (歳)		男・女 (歳)		男・女 (歳)
通所施設	なし・ () 保育所・幼稚園・小学校				
予防接種歴	<p>◇接種済みのものに○を付けて下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・BCG ・四種混合 (1回・2回・3回・追) ・三種混合 (1回・2回・3回・追) 不活化ポリオ (1回・2回・3回・追) 生ポリオ (1回・2回) ・麻疹・風疹 (1期・2期) ・日本脳炎 (1回・2回・追) ・シナジス ・みずぼうそう (1回・2回) ・おたふく (1回・2回) ・B型肝炎 (1回・2回・追) ・ヒブ (1回・2回・3回・追) ・肺炎球菌 (1回・2回・3回・追) ・ロタウイルス (1回・2回・3回) 				
生育歴	<ul style="list-style-type: none"> ・出生 () 週 () g ・生まれつきの病気：なし・あり (病名) ・乳幼児健診で異常を言われたこと なし・あり (発達・身長・体重・その他) 				
既往歴	<ul style="list-style-type: none"> ・これまでにかかった大きな病気：なし・あり (病名) ・これまでにかかった感染症：なし・あり 突発性発疹・麻疹・風疹 百日咳・みずぼうそう・おたふく ・持病の有無：なし・あり アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・てんかん 気管支喘息・食事アレルギー 熱性けいれん (最後 歳、これまでに 回) その他 () 				
常用薬	なし・あり ()			平熱	℃

アレルギー	環境	なし・あり ()		
	薬	なし・あり ()		
	食物	なし・あり	卵 (加工可・完全除去)	牛乳 (加工可・完全除去)
		小麦 (加工可・完全除去)	大豆 (加工可・完全除去)	
		その他 ()		
食事	食事量	多い・普通・少ない・むらがある		
	食事方法	一人で食べる・食べさせてもらう・ 一人で食べようとするが不十分 箸で食べる・スプーン、フォークを使う・手づかみ		
	ミルクの量	() 時間ごとに () ml		
	離乳食	初期・中期・後期 (回 / 日)		
	食物除去	なし・あり ()		
	水分	コップ・ストロー・哺乳瓶		
	排泄	自立・オムツ (常に使用・就寝時のみ使用・トレーニング中)		
午睡	しない・する (時間帯 : ~ :)			
人見知り	する・しない・激しくする	薬	好き・嫌い・時に吐く	
◇好きな遊び・おもちゃ・キャラクター等				
◇保育上気になること、配慮してほしいことがありましたらお書き下さい。				
◇当てはまるものに○をつけて下さい。(A~Cの場合は利用料の免除・減額申請が可能です。)				
A、生活保護世帯 B、市町村民税非課税世帯				
C、旧生活保護基準該当世帯 D、市町村民税課税世帯				

※内容に変更のあった場合は、ご利用時にその旨お伝え下さい。

同意書

利用案内を十分理解し、書かれた内容に同意します。

年 月 日

保護者氏名 : _____