

令和 年 月 日

病児保育おはな連絡票

病児保育おはな(宛)

(医療機関)

住所

名称

医師名

電話番号 () - -

印

FAX番号 () - -

内閣府主体の企業主導型保育事業(病児保育対応型)を利用に当たり必要な情報について
下記のとおり提供します。

ふりがな		性別	生年月日	年齢	
児童氏名		男・女	平・令 年 月 日	才	
住所	(〒 -) 熊本県 郡・市・町・村				
病名					
病状	<input type="checkbox"/> 急性期(発熱)	全身状態	保育受入れ可・不可		
	<input type="checkbox"/> 回復期(解熱・微熱等)	良い・あまり良くない	可・不可		
治療経過等 (簡単に記入)	◇次回診療予定:令和 年 月 日				
服薬	薬剤名・日数・投与方法等				
	有・無				
既往症	麻しん 風疹	水痘 熱性けいれん	突発性発疹 流行性耳下腺炎	伝染性紅斑 百日咳 その他 ()	
隔離	必要・必要なし	安静度	ベツト安静・室内安静・室内保育		
食事	◇ミルク ◇幼児食	◇離乳食(前期・中期・後期・完了期) ◇下痢食	※粉ミルク・離乳食・アレルギー除去食が必要な場合は昼食持参		
病児保育利用見込み日数	◇3日程度 ◇1週間程度 ◇その他(日程度)				
アレルギー	有・無 ()				
予防接種状況	ヒブ ポリオ BCG	肺炎球菌 四種混合 三種混合	MRワクチン おたふくかぜ B型肝炎	日本脳炎 ロタウイルス 水痘	インフルエンザ A型肝炎 HPV



病児保育おはな 登録申込書



記入日 令和 年 月 日

登録番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

登録児童	フリガナ		男・女	愛称		生年月日	平・令	年	月	日	歳	
	児童氏名	(〒 ー)				自宅住所	自宅TEL					
	学校/園名					かかりつけ医						

家族構成(同居)	氏名	続柄	年齢	連絡先	勤務先名

出生体重	g	出生時の異常	なし・あり()
------	---	--------	----------

既往歴	突発性発疹	歳 ヶ月	手足口病	歳 ヶ月
	麻疹	歳 ヶ月	おたふくかぜ	歳 ヶ月
	水痘	歳 ヶ月	百日咳	歳 ヶ月
	風疹	歳 ヶ月	肺炎	歳 ヶ月
	喘息及び喘息様気管支炎	現在治療中 ・ 悪化時治療中 ・ その他(治療済)		
熱性けいれん	回数: 回	初回: 年 月	最後: 年 月	

入院歴	有・無	病名: 歳 ヶ月	病名: 歳 ヶ月
		病名: 歳 ヶ月	病名: 歳 ヶ月

アレルギー	食べ物	乳・卵・小麦・えび・かに・そば・落花生・その他()
	薬	薬品名:
	有・無	※アレルギー等で制限している食品等があれば、具体的にご記入ください。

→裏面をご確認の上、記入してください(予防接種について)

✂ 予防接種が済んでいるものに○をつけてください

予防接種について	ヒブ	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
	小児肺炎球菌	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
	四種混合	(第1期初回) 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
		第1期追加
	BCG	接種済
	麻しん・風しん	1期目 ・ 2期目
	水痘	1回目 ・ 2回目
	日本脳炎	(第1期初回) 1回目 ・ 2回目
		第1期追加 ・ 第2期
	B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
	ロタリックス	1回目 ・ 2回目
	ロタテック	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
インフルエンザ	(今年度) 1回目 ・ 2回目	
その他		

お子様のことについて	お子様の性格	-----
	好きなキャラクター	-----
	好きな遊び	-----
	ご心配なことや配慮してほしいことなどありましたらご記入ください。	-----



病児保育おはな 入室利用票



氏名	ふりがな		生年月日			
	(男・女)		平成・令和	年	月	日
利用日	令和	年	月	日	お迎え時間 (時 分)	父・母・祖父・祖母
緊急連絡先	連絡先				電話番号	
	①				() -	
	②				() -	
状況報告の 電話連絡	*解熱剤を使用する場合 希望する・希望しない ※その他、ご心配なことがありましたらいつでもご連絡ください					
食物アレルギー	有 () ・無					
熱性けいれん歴	有 () 回・無		医師からの抗けいれん薬の必要性 有・無			

今回の病気について

医療機関受診日	月	日	病名	
医療機関名			投薬	受けている・受けていない

*お子さんの症状や様子について太枠内をご記入ください。(太枠以外はスタッフ記入)

熱	昨夜 () °C / 今朝 () °C *平熱 () °C *入室時 () °C	解熱剤使用 (有・無) 最終 (:)
咳	多い ・ 少し ・ ない	抗けいれん薬使用 (有・無) 最終 (:)
鼻水	多い ・ 少し ・ ない	喘鳴 (有・無) 咳込み (有・無) 咳上げ (有・無)
痛み	有・無	性状 () 色 ()
発疹	有・無	部位 ()
嘔吐	有・無	部位 ()
排便	有・無	() 回 最終 / (:)
排尿	多い ・ 普通 ・ 少ない	性状 () () 回最終 / (:)
機嫌	良い (普段通り) ・ 悪い	色 ()
元気	あり (普段通り) ・ あまりない ・ なし	
食欲	有・無 / 水分 (摂れる・摂れていない)	普段 (食べる・普通・小食)
睡眠	眠れた ・ 時々起きた ・ 眠れず	午睡 (有・無) () 時間位
排泄	排便 (一人でできる・手助け・オムツ) 排尿 (一人でできる・手助け・オムツ)	トイレトレーニング (有・無)
薬	朝の薬：有 (:) 内服済み・ 無 昼の薬：有 (食前・食間・食後) ・ 無 *1回量：錠剤 () 錠 / 粉薬 () 袋 シロップ () ml () 目盛り	特記事項 ()
	点眼薬：有 () 種類 () 時間おき・ 無	お薬の飲ませ方について
	軟膏：有 () の時塗布・ 無	点眼部位 (右眼・左眼・両目)
	頓服薬：有 () の時服用・ 無 坐薬：有 () の時挿肛・ 無	軟膏塗布部位 ()
ミルク	1回量 () cc () 時間おき 最後に飲んだ時間 (:)	*お子さんの症状等、心配なことがありましたらご記入ください。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 内服薬 | <input type="checkbox"/> おやつ（少し多めに） |
| <input type="checkbox"/> 頓服薬 | <input type="checkbox"/> 水分（麦茶・イオン飲料等） |
| <input type="checkbox"/> 外用薬 | <input type="checkbox"/> スプーン・フォーク・お箸 |
| <input type="checkbox"/> 座薬 | <input type="checkbox"/> 食事用エプロン |
| <input type="checkbox"/> お薬手帳の写し 又は
薬剤情報提供書の写し | <input type="checkbox"/> おむつ（少し多めに） |
| <input type="checkbox"/> 健康保険証写し | <input type="checkbox"/> おしりふき |
| <input type="checkbox"/> 子ども医療費受給資格者証の写し
又は、ひまわりカード写し | <input type="checkbox"/> 粉ミルク・哺乳瓶（必要回数分） |
| <input type="checkbox"/> 医師連絡票 | <input type="checkbox"/> 離乳食（月齢に応じて） |
| <input type="checkbox"/> おはな入室利用票 | <input type="checkbox"/> 昼食（アレルギーがある場合） |
| <input type="checkbox"/> 印鑑（認印） | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 着替え | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> バスタオル（1枚） | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> フェイスタオル（2枚） | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 汚れ物入れ（ビニール袋） | <input type="checkbox"/> *持ち物には |
| <input type="checkbox"/> タオルケット又は毛布 | <input type="checkbox"/> 必ず記名をお願いします |

こちらのチェックリストは、
お子さんをお預かりする時に
保護者の方と一緒に使います。
未記入のままでも結構です。



※病児保育を利用される保護者の方へ

承諾書および与薬依頼書

- ◇ 利用中に医師の診断が必要とされた場合は、委託医療機関を受診し、そこで発生した医療費および交通費に関しては、実費で支払うことを承諾いたします。
- ◇ 持参した薬についての与薬依頼いたします。
- ◇ 病児保育おはなより、お子さんの状態が良くない等の連絡があった場合、すぐに対応いたします。
- ◇ お迎えは17：30迄の時間厳守を守ります。
*17：30迄の時間厳守が守れない場合は次回からのご利用が出来なくなる場合があります。

上記の通り、病児保育おはなを利用したいので、申し込みます。
裏面の事項を確認の上、利用中は施設の指示に従います。

令和 年 月 日
保護者 _____ 印