

病児・病後児保育 連絡票

株式会社きっず・スペース

保育所ちびっランド神水園

病児・病後児保育室 施設長 宛

(医療機関)

所在地及び名称

電話番号

担当医師氏名

印

下記の児童について、病児・病後児保育が可能であると認められますので連絡します。

ふりがな 児童氏名	男 女	生年月日	年 月 日 (歳 月)
住所			
病名			
症状		全身状態	良い・悪い
治療経過・内容等	○次回診療予定 : 無 ・ 有 (年 月 日)		
服薬・吸入	薬剤名 ・ 何日分 ・ 投与方法等		
	処方薬 : 無 ・ 有		
既往歴	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他 ()		
隔離	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要なし		
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育 (室内で普通通り遊んで良い)		
食事	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食 (前期 ・ 中期 ・ 後期) <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 下痢食 ※アレルギー除去食が必要な場合はお弁当持参		
病児保育利用見込	<input type="checkbox"/> 3日程度 <input type="checkbox"/> 1週間程度 <input type="checkbox"/> その他 (日程度)		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
予防接種状況	<input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 4種混合 <input type="checkbox"/> 3種混合 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MRワクチン (麻疹風疹混合) <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ (年 月摂取)		
その他の留意点			

(※有効期間は作成日含め7日間)

病児保育室 病後児保育室

利用申込書

株式会社 きっず・スペース

保育所 **ちびっこランド** 神水園 病児保育室

病後児保育室 施設長 宛

年 月 日

申込者(保護者) 氏名 _____ (印)

病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり申し込みます。

* 該当するものに☑をつけて下さい

ふりがな							
児童氏名							
登録番号							
看護できない理由	<input type="checkbox"/> 勤務のため <input type="checkbox"/> その他()						
緊急連絡先 <small>* 必ず連絡が取れる番号を記入して下さい</small>	1	<input type="checkbox"/> 携 帯(続柄:) <input type="checkbox"/> 勤務先() <input type="checkbox"/> 自宅 電話番号: ()					
		<input type="checkbox"/> 携 帯(続柄:) <input type="checkbox"/> 勤務先() <input type="checkbox"/> 自宅 電話番号: ()					
	2	<input type="checkbox"/> 携 帯(続柄:) <input type="checkbox"/> 勤務先() <input type="checkbox"/> 自宅 電話番号: ()					
		<input type="checkbox"/> 携 帯(続柄:) <input type="checkbox"/> 勤務先() <input type="checkbox"/> 自宅 電話番号: ()					
ふりがな							
お迎えに来られる方のお名前							
お迎え予定時刻	時 分 続柄: 父・母・()						

診断名	病 名:	
	診断を受けた日:	
本日の症状 <small>* 昨日と比べた様子を()に○をつけて下さい</small>	<input type="checkbox"/> 発 熱 (改善 継続 悪化) 最高(. °C)	
	<input type="checkbox"/> 吐き気 (改善 継続 悪化)	<input type="checkbox"/> 下 痢 (改善 継続 悪化)
	<input type="checkbox"/> 鼻 水 (改善 継続 悪化)	<input type="checkbox"/> 鼻づまり(改善 継続 悪化)
	<input type="checkbox"/> せ き (改善 継続 悪化)	<input type="checkbox"/> 喘 鳴 (改善 継続 悪化)
	<input type="checkbox"/> 腹 痛 (改善 継続 悪化)	<input type="checkbox"/> その他 症状を詳しく記載して下さい ()
薬の使用について	<input type="checkbox"/> 解熱剤内服・座薬(: に使用) <input type="checkbox"/> けいれん止め(: に使用)	
	<input type="checkbox"/> 吐き気止め内服・座薬(: に使用) <input type="checkbox"/> 吸入(: に使用)	
起床時間	: に起床 (よく眠れた・何度か目が覚めた・全然眠れなかった)	
来室前の食事について <small>* 食べた内容や量を記入して下さい</small>	: 頃に を食べた	
最後の排泄時間	尿 (:) 便 (:) <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トイレ	
気になる事などがあれば ご記入下さい		
保育所 ちびっこランド 神水園 保育所 ちびっこランド 嘉島園 保育所 きっずひろば	<input type="checkbox"/> 在籍中 <input type="checkbox"/> 在籍していない	

【薬の依頼表】

株式会社 きっず・スペース

保育所 **ちびっこランド** 神水園 病児・病後児保育室 施設長 宛

年 月 日

医師の診察を受けたところ 下記のとおり指示がありましたので、
与薬を依頼します。

児童名	病名及び症状		保護者 署名	
処方された病院名		処方月日 月 日		
薬の 与薬 内容	内服薬の内容、与薬時間		座薬の種類	その他の薬
	<input type="checkbox"/> シロップ(種類) <input type="checkbox"/> 粉薬(種類) <input type="checkbox"/> 錠剤(種類)		<input type="checkbox"/> 熱さまし(°C以上で使用) <input type="checkbox"/> 抗けいれん薬() <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 指定時刻 () <input type="checkbox"/> 指定のタイミング ()		お薬の飲ませ方	
			<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水に溶かす <input type="checkbox"/> その他()	
保育 室 記載	受領者サイン	投与者サイン	与薬時間	
	<input type="checkbox"/> 使用方法確認		・内服 時 分 (昼食 前 ・ 後) ・ 時 分	

・お薬は1回分に分け、それぞれに名前を書いてください。

・この表はお薬と薬剤情報提供書またはお薬手帳と一緒に、職員に直接渡してください。

----- 切り取り -----

【薬の依頼表】

株式会社 きっず・スペース

保育所 **ちびっこランド** 神水園 病児・病後児保育室 施設長 宛

年 月 日

医師の診察を受けたところ 下記のとおり指示がありましたので、
与薬を依頼します。

児童名	病名及び症状		保護者 署名	
処方された病院名		処方月日 月 日		
薬の 与薬 内容	薬の内容、与薬時間		座薬の種類	その他の薬
	<input type="checkbox"/> シロップ(種類) <input type="checkbox"/> 粉薬(種類) <input type="checkbox"/> 錠剤(種類)		<input type="checkbox"/> 熱さまし(°C以上で使用) <input type="checkbox"/> 抗けいれん薬() <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 指定時刻 () <input type="checkbox"/> 指定のタイミング ()		お薬の飲ませ方	
			<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水に溶かす <input type="checkbox"/> その他()	
保育 室 記載	受領者サイン	投与者サイン	与薬時間	
	<input type="checkbox"/> 使用方法確認		・内服 時 分 (昼食 前 ・ 後) ・ 時 分	

・お薬は1回分に分け、それぞれに名前を書いてください。

・この表はお薬と薬剤情報提供書またはお薬手帳と一緒に、職員に直接渡してください。