

利用申込書

ひかりの森保育園病児・病後児保育室の利用を次の通り申請します。
この申請書を実施施設で使用する事及び市が、実施施設より利用状況の報告を受ける事に同意します。

年 月 日

(宛先) ひかりの森保育園 園長 殿

申請者

住所：

保護者サイン：

※サインは必ず直筆でご記入下さい

申請児童名 ^{ふりがな}	性別	生年月日	愛称
	男 女	年 月 日生 歳 ヶ月	
保護者氏名	続柄	緊急連絡先	日中の所在
①		TEL	
②		TEL	
③		TEL	
保育園(所)名		TEL	
注意・配慮が必要な事があればご記入ください			

※緊急連絡先の順番で、上から連絡させていただきます

-----園記入欄-----

○利用料：	円	○利用日：	年 月 日
-------	---	-------	-------

上記の申請を受け、利用を承諾します。

年 月 日

ひかりの森保育園

園長 安藤 寛美

園長	看護師

利用状況確認欄

病児 ・ 病後児 (どちらかに○をする)

利用時間 : ~ :

担当 保育士 _____ 看護師 _____

病児・病後児保育事業利用紹介書

(診療情報提供書)

ひかりの森保育園 園長宛

ひかりの森保育園病児・病後児保育室 利用にあたり必要な情報について、下記の通り提供します。

(保護者記入欄)

フリガナ 児童氏名	男・女	生年月日	(年 月 日 歳 カ月)
住 所	電話番号		

(医療機関記入欄) *本書は発行日当日含め4日間有効です。

主な症状	<input type="checkbox"/> 発熱 (°C) <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 ()
検査の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
検査内容/結果	

該当する病名・症状(☑を付けてください。)

<預かり可能疾患>

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 感冒、感冒性症候群 | <input type="checkbox"/> 熱傷 |
| <input type="checkbox"/> 胃腸炎 | <input type="checkbox"/> 風疹 |
| 〔 感染力が弱く、
頻回の嘔吐・下痢を伴わないもの 〕 | <input type="checkbox"/> 伝染性疹 |
| | <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ |
| <input type="checkbox"/> 手足口病 | <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎、咽頭炎 |
| <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 | <input type="checkbox"/> 気管支炎 |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 | <input type="checkbox"/> 気管支喘息、喘息様気管支炎 |
| <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 | <input type="checkbox"/> 上気道炎 |
| <input type="checkbox"/> 肺炎 | |
| <input type="checkbox"/> 中耳炎 | |
| <input type="checkbox"/> 骨折 | |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

※上記の病名でも状況に応じて受入不可の場合があります
※預かりに関してご質問がある場合はご確認ください。

<預かり不可疾患>

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス |
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ |
| <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎
(ノロウイルス、ロタウイルス等の感染力の強いもの) |
| <input type="checkbox"/> 水痘 |
| <input type="checkbox"/> 麻しん |
| <input type="checkbox"/> 結核 |
| <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 食中毒 |
| <input type="checkbox"/> その他() |

配慮する事項	
処方	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
薬剤名	
抗 痙 攣 剤	使用しない ・ 使用する °C以上 (薬品名)

令和 年 月 日	<医療機関>
	病院名
	所在地
	電 話
	担当医師氏名
	印

*裏面に病児・病後児室のご利用に関する重要事項があります。保護者の方は、必ず裏面をご確認ください。

病児保育室（急性期）の利用できない病状について

下記の症状および状態にある場合は、病児保育室が利用できませんのでよろしくお願いいたします。

- 施設の構造、施設において空気感染に対応できる陰圧室がないため、空気感染の疾患（結核、麻疹、水痘）、インフルエンザや新型コロナウイルス等の感染力が強い感染症はご利用できません。
- 38.5度以上の熱がある。
- ぐったりしている。
- 咳や喘鳴がひどく呼吸困難がある。（苦しそう）
- 下痢や嘔吐のため、脱水症状がある。（ぐったりしていて元気がない。おしっこが出ない。）
- 水分・食事を摂ることができない状態である。
- 水様便・嘔吐が頻回にある。
- 感染症の検査結果待ちの場合は、病児・病後児室の利用はできません。

以上、規約の内容を確認、承認したうえで利用について同意します。

年 月 日

保護者サイン

家庭連絡票

※太枠内のご記入をお願いいたします

利用日:	年	月	日	送者()	続柄()
	予定降園時間	時	分	迎者()	続柄()
フリガナ 児童氏名	歳	ヵ月		平熱() 体重()kg	°C
かかりつけ医	TEL				
自宅での様子				今朝の体温() °C	
・症状(当てはまるものに○や記入をしてください) 発熱・発疹・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・吐き気・嘔吐・頭痛・その他() ※発熱の場合 : 一番高かった値() °C いつ() 月 () 日 () 時 () 分)					
・いつからこの症状がはじまりましたか () 月 () 日)					
・投薬をうけていますか (はい ・ いいえ) ※“はい”の場合は、薬剤情報書もしくはお薬手帳をお持ちください					
・朝食(:)					
[内容・量]					
・睡眠 (: ~ :) 良眠 ・ 不眠					
・排便 (なし ・ あり) ↓ (前日 ・ 当日) (普通 ・ 軟便 ・ 泥状便 ・ 水様便 ・ 硬便)					
・保育中気を付けてほしいこと (熱性けいれん ・ 心臓病 ・ アレルギー ・ 喘息 ・ その他)					
・身体面、精神面、遊び方等での特記事項(好きな遊び等があれば記入してください) []					

受け入れ時間(:) 受け入れ時担当者 保育士() 看護師()

保育中の様子

体温	時間	:	:	:	:	:	:	:	:
	体温								
食事	午前おやつ(:)			昼食(:)			午後おやつ(:)		
水分	摂取時間	:	:	:	:	:	:	:	:
睡眠	(:) ~ (:) (:) ~ (:)								
排尿	(:) (:) (:) (:)								
排便	時間								
	性状								

保育士より 記入者 :	看護師より 記入者 :
--	--

お迎え時間(:) お迎え時担当者 保育士() 看護師()

与薬依頼書（保護者記載）

（病児病後児室用）

保育園長様

※処方薬については、記載された薬を預かります。その他の薬については、預かることは出来ません。

※市販のお薬はお預かりできませんのでご注意ください。

※薬剤情報提供書またはお薬手帳のコピーをこの依頼書と共に持参してください。

※薬は1回分ずつに分けてフルネームで記名し、密閉できる袋に入れてこの依頼書と共に持参してください。

（当日分の薬のみ預かります。）

※必ず受け入れ時にスタッフへ直接渡してください。

依頼日 年 月 日

児童名 _____

保護者名 _____

医療機関名 (担当医師名)		処方された日
病名		月 日
薬の種別	与薬方法(用法・用量等)	月 日
内服薬 ①	時間 食(前・間・後) その他() 方法 そのまま 水で溶く その他()	月 日
内服薬 ②	時間 食(前・間・後) その他() 方法 そのまま 水で溶く その他()	月 日
塗り薬	回数 回(時間) 患部 ()	月 日
点眼薬	回数 回(時間) 患部 ()	月 日
座薬	回数 回(時間)	月 日

受付者 _____

与薬者 _____

与薬時間 (:)