

病児保育利用申込書

保護者

氏名		続柄	
住所		電話番号	

利用児童

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
氏名		年齢	歳	ヶ月

緊急連絡先

①	電話番号	連絡先名
②	電話番号	連絡先名

利用期間	年	月	日	～	年	月	日
利用時間							

<利用にあたっての確認事項>

体温	今朝	℃	解熱剤の使用の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
症状				最終使用時間 ()時頃	
食事・水分 摂取状況					
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> あり ()			<input type="checkbox"/> なし	
食事形態や嫌いな食べ物など					
薬の有無	<input type="checkbox"/> あり	*薬情報を持参し予約依頼書を記入			
	<input type="checkbox"/> なし				

おにぎり保育園

園長 瀧野 雅一

TEL 0166-74-6870

FAX 0166-74-6871

病児保育利用に関する同意書

おにぎり保育園

園長 瀧野 雅一

病児保育利用に関して次の事項に同意します。

同意事項

- 1 お子さんが急変した場合、保護者が連絡に従い来園することに同意します。
- 2 お子さんが急変した場合、必要に応じて医療機関の受診又は救急車での搬送を行うことに同意します。
場合によっては治療を優先し治療内容がやむを得ず事後報告になることに同意します。
- 3 お子様の受け入れに関して看護師の判断により受け入れできないことに同意します。

同意年月日 年 月 日

同意者 氏名

児童との関係

おにぎり保育園病児・病後児保育事業 医師連絡票

病児・病後児保育事業の利用にあたり、下記のとおり治療経過等の情報を提供します。

年 月 日

		紹介元医療機関	
ふりがな		所在地	
氏名	さん	名称	
		担当医師名	
下記の病名・病状番号に○印をおつけください。			
01 感冒・感冒様症候群	15 りんご病	〈病名不明のとき〉	
02 急性上気道炎	16 流行性耳下腺炎		
03 咽頭炎	17 水痘	27 発熱	
04 扁桃腺炎	18 百日咳	28 下痢	
05 気管支炎・肺炎	19 風疹	29 嘔吐	
06 喘息・喘息性気管支炎		30 咳	
07 急性胃腸炎	20 インフルエンザA型	31 喘息	
08 小児嘔吐下痢症	21 インフルエンザB型	32 発疹	
09 自家中毒症	22 アデノウィルス	33 その他 ()	
10 中耳炎・外耳炎	23 溶連菌感染症		
11 結膜炎(流角結を含む)	24 RSウィルス感染症		
12 膿痂疹	25 流行性胃腸炎(ノロ・ロタ等)		
13 突発性発疹症	26 その他		
14 手足口病			
病状期	1 急性期(発熱等)	2 回復期(解熱・微熱等)	
隔離の要否	1 要する	2 要しない	
処方薬	1 なし		
	2 あり (薬の名前) 別紙のとおり (予約方法)		
処置内容			
次回受診予定日	月 日		
備考			

おにぎり保育園 園長 瀧野 雅一

上川郡東神楽町北1条西1丁目304-40

TEL 0166-74-6870

FAX 0166-74-6871