

病後児保育利用登録書

年 月 日

病後児保育室めぐみ 施設長 様

申請者 住所
 (保護者) 氏名
 連絡先

病後児保育施設を利用したいので、次のとおり登録します。

登録 児 童	児童氏名	ふりがな	生年月日		
			年齢	性別	男・女
	通所等施設			電話	
	自宅住所			電話	
	かかりつけ医			電話	
保護 者 等 連 絡 先	氏名			続柄	
	勤務先			電話	
	勤務先住所			本人携帯	
	氏名			続柄	
	勤務先			電話	
	勤務先住所			本人携帯	
	氏名			続柄	
勤務先			電話		
	勤務先住所			本人携帯	
家 族 構 成	続柄	氏名	年齢	勤務先・学校名等	

利用する児童の状況				
体温（平熱）	℃			
常時服用する薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
※ありの場合は具体的に記入してください。				
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	※原因物質	
アナフィラキシー歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	※時期と年齢	
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	※時期と年齢	
喘息	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	※薬の服用等	
感染症歴	かかったことのある感染症に○をつけてください。 麻疹 水ぼうそう おたふくかぜ 風疹 百日咳 その他（具体的に _____ ）			
予防接種歴	BCG	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済	
	ポリオ（不活化）	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済	回接種
	4種混合	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済	回接種
	麻疹風疹混合	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済	回接種
	水痘	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済	回接種
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済	回接種
	2種混合	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済	回接種
	ヒブワクチン	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済	回接種
	小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済	回接種
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済	回接種
	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済	
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済	
排泄	自立の状態	オムツをしている・オムツは外れている・小便は一人のできる・大便は一人のできる		
	排便	回数	() 回 / () 日	
		頻度	不規則・規則的 (時ころ)	
性格				
その他				

病後児保育に係る同意書

年 月 日

病後児保育室めぐみ 施設長 様

申請者 住所

(保護者) 氏名

印

連絡先

私は、病後児保育事業の利用にあたり、下記の項目に同意します。

児童氏名	ふりがな	生年月日			
		年齢		性別	男・女

- 1 利用中は、病後児保育室職員の指示を守ること。
- 2 保育中に病状に変化があったときは、次による対応を行うこと。
(1) 児童の症状が急激に悪化する緊急時には、当施設の連携する越川医院（諏訪神社下）の受診、治療が行われること。
(2) 上記の結果、病状の再発等により保育の継続ができない状況と判断されたときは迎えに来ること。
- 3 医師から与薬の指示がある場合、保育士及び看護師が対応すること。
- 4 利用に際して必要となる各種書類について作成料が発生する場合は、保護者の負担となること。
- 5 利用登録や申請において知り得た情報は、病後児保育事業の範囲において香取市や医療機関に提供される場合があること。

※この同意書は、病後児保育事業登録書と一緒に提出してください。

病後児保育に関する意見書

年 月 日

病後児保育室めぐみ 施設長 様

(保護者記入)

児童氏名	ふりがな	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
				(歳 カ月)
住所				

(医師記入)

病名等	1. 麻疹 (はしか) 2. 水痘 (みずぼうそう) 3. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 4. 風疹 5. インフルエンザ 6. その他の病名または症状 ()			
	診断日	年 月 日	発症日	年 月 日
		登園可能日	年 月 日	
医師所見	この児童は診察の結果、集団保育は困難であるが病後児保育施設の利用は可能と認められます。 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 医療機関名 所在地 電話番号 医師名 印 </div>			

※医師の皆様へ

この用紙は、病後児保育施設を利用するために必要な情報を提供いただくものです。

保護者にお渡しくださるようお願いいたします。

問い合わせ 病後児保育室めぐみ 携帯070-1455-0167

病後児保育利用申請書

年 月 日

病後児保育室めぐみ 施設長 様

申請者 住所
(保護者) 氏名

病後児保育施設を利用について、関係書類を添えて申請します。

児童氏名	ふりがな	男 ・ 女	通所施設名
	生年月日		年 月 日生(歳)

利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
利用時間	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分		
通院中の 医療機関	医療機関名	担当医師	電話
	医療機関名	担当医師	電話
利用する原因となった 病気について	病名		
	現在の状態		
	処方薬	有 ・ 無 ※医師の指示で施設での予約が必要な場合は、与薬依頼表を提出してください。	
保護者緊急 連絡先	氏名	携帯電話	
	勤務先	勤務先電話	
	氏名	携帯電話	
	勤務先	勤務先電話	

与薬依頼書

年 月 日

病後児保育室めぐみ 施設長 様

保護者氏名

児童氏名

男・女

連絡先（電話）

医師の診察の結果、下記のとおり予約の指示がありますので依頼いたします。

なお、この与薬依頼書によって与薬した結果については、保護者の責任といたします。

1. 病名（又は症状）	
2. 病院及び主治医 連絡先（電話）	
3. 薬の種類・名称	
1) 種類	
2) 名称	
3) 1回の量	
4) 使用時間・方法	
5) 保管方法	

注) 保護者の判断だけで与薬している場合には、取り扱いません。

日（曜日）		日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）
施設確認印	受領者					
	投与者					
保護者確認印						