

稲美町病後児保育事業利用申請書

令和 年 月 日

事業実施施設長 様

住 所 加古郡稲美町 _____
 氏 名 (保護者) _____ 印
 連絡先 () _____

稲美町病後児保育医師連絡票を添えて、通常保育よりも予測不能な状況が起こり得る危険性が高いこと、及び投薬についても同様にその危険性が高いことを認識、理解した上で利用を申し込みます。なお、利用にあたっては実施施設の指導に従います。

*記名押印に代えて、署名(自署)によることも可能です。

ふりがな 児 童 氏 名	男 女	愛称 { }	申請者との続柄
生 年 月 日	年 月 日 (歳 か月)		
通園施設名等	_____保育園・幼稚園 (歳児) _____小学校 (年生) 在宅・その他 ()		
かかりつけの 医 療 機 関	医療機関名 電話 () _____		担当医名
緊急時の連絡先	①氏名等		電話 () _____
	②氏名等		電話 () _____
利用予定日	月 日 () ~ 月 日 ()		利用予定時間 : ~ :

以下、該当項目に○を付けてください。また、必要な項目は記入してください。

・今回の病気について

診 断 名	
主 な 症 状	・今日の熱 _____℃ ・平熱 _____℃ ・下痢 ・嘔吐 ・せき ・発疹 ・湿疹 ・その他 ()
現 在 の 食 事	・授乳期 (母乳・人工・混合) 1回 _____CC× _____回 ・離乳期 (前期・中期・後期) ・幼児期 (普通食・軟食) ・アレルギー食 (除去内容 :)
その他の病気やけが	有 (内容 :) ・ 無
薬 の 飲 ま せ 方	・粉薬 スポイド・乳首・スプーン・オブラート・カプセル・粉のまま口に入れる その他 () ・水薬(シロップ) スポイド・乳首・スプーン・その他 ()

・普段の様子

食 事	①全面介助 ②一人で食べるがかなりこぼす ③一人で食べる (はし・スプーン)
行 動	①寝ている ②首がすわっている ③寝返る ④座る ⑤はう ⑥立つ ⑦伝い歩き ⑧歩行自由
排 泄	①おむつ (排泄を教える・教えない) ②時々おもらし ③自立
睡 眠	夜 : ~ 朝 : ・お昼寝 : ~ :
遊 び	
発達上気になること	
性 格	
その他特に伝えたい事項	

病後児保育当日連絡票(家庭用)

令和 年 月 日 ()			
児童名			
登園前の検温		: _____ °C	
体温	: _____ °C		: _____ °C
	: _____ °C		: _____ °C
食事	食欲 (あり・なし) 夕食 朝食		
薬			
排泄	便 _____ 回 便性状		
睡眠		機嫌	普通・良・悪
家庭での様子			

_____様 病後児保育当日連絡票(保育園用)

令和 年 月 日 ()			
担当保育者		担当看護師	
お預かり時の体温		: _____ °C	
体温	: _____ °C		: _____ °C
	: _____ °C		: _____ °C
食事	食欲 (あり・なし) 昼食 おやつ		
薬			
排泄	便 _____ 回 便性状		
午睡		機嫌	普通・良・悪
1日の様子			

稲美町病後児保育事業与薬依頼連絡票

令和 年 月 日

フリガナ 児童名		保護者名	
通園 施設名等	・ 保育園・幼稚園 ・ 在宅	病名	
主治医	医院・病院 医師	備考	

連絡事項

内服薬について

- ①持参した薬 _____月 _____日に処方された _____日分のうちの本日分
- ②薬の保管方法 常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 (_____)
- ③薬の剤型 粉薬 ・ 水薬(シロップ) ・ 外用薬 ・
その他 (_____)
- ④薬の内容 抗生物質 ・ 整腸剤 ・ 咳止め ・ かぜ薬 ・ 外用薬 ・
その他 (_____)
- ⑤薬の飲ませ方
- ・ 粉薬 スポイド・乳首・スプーン・オブラート・カプセル・粉のまま口に入れる・その他 (_____)
 - ・ 水薬 (シロップ) スポイド・乳首・スプーン・その他 (_____)
- ⑥使用する時間
- ・ 午前 _____時 _____分 と 午後 _____時 _____分
 - ・ 食事・おやつの _____分前、又は _____分あと
 - ・ その他 (_____)

外用薬等について

- ・ 使用方法等 (_____)

その他注意事項

確認日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
受領確認(保育園)							
与薬確認(保育園)							
与薬確認(保護者)							

注意事項

- * 与薬はなるべく家庭で行い、やむを得ない場合のみ受け付けます。
(自宅にいる間に内服できるようにかかりつけの医師と相談してください。)
- * 薬は通園かばんから出して看護師へ直接手渡してください。
(手渡しされない場合は、与薬ができないことがありますのでご承知ください。)
- * 薬の袋又は容器には必ず名前をはっきり書いてください。
- * 与薬の回数(量)は必ず 1 回分をお願いします。水薬は一回分の容器にして持参してください。
- * この用紙は与薬の期間 (最高7回分) 使用します。
- * 使用後は園側で回収し、保管しますので必ず戻してください。