

病児・病後児 保育 医師連絡票

リトルナッツ保育園付属病児・病後児保育室 宛

医療機関 所在地
 名称
 医師氏名
 電話番号

病児・病後児 保育の利用に当たり必要な情報について下記のとおり提供します。

児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日(歳 ヲ月)	
住 所	〒		電話番号	
病 名	<input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 細菌性腸炎	<input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎(流角結を含まない) <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 (プール熱は含まない) <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 伝染性皮膚炎	<input type="checkbox"/> その他 主な症状など ()	
熱性けいれんの既往歴	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		迅速検査の実施状況	
安 静 度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離 <input type="checkbox"/> 準隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育			
食 事	<input type="checkbox"/> ミルク・母乳のみ <input type="checkbox"/> 離乳食(<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー食(除去内容)			
そ の 他 注 意 事 項	その他配慮すべき事柄があれば、具体的に記入してください。 (生まれつきの病気や手術歴・既往歴・気になる発達の状況など)			

下記にチェックをお願いいたします。

病児・病後児保育利用可能

～かかりつけ医の皆様へ～

当園(病児・病後児保育室)は病院併設施設ではない為、感染のリスクが高い下記の病気はお受けしていません。

●インフルエンザ	●コロナウイルス感染症	●風疹
●麻疹	●百日咳	●流行性耳下腺炎
●プール熱(咽頭結膜炎)	●流行性角結膜炎	●結核
●腸管出血性大腸菌感染症(O157・O26・O111)		

家庭との連絡票

リトルナッツ保育園 病児・病後児室

年 月 日()

ふりがな

名前: (男 ・ 女)

【診断名・症状】

年齢: 歳 カ月

<ミルク> ●授乳量 ml/回	<食事> ●離乳食(前期 ・ 中期 ・ 後期)
●授乳時間 (時 ・ 時)	●摂取方法(手づかみ ・ スプーン ・ 箸 自分で食べられない)
<内服薬> 有 ・ 無	●アレルギー 有 ・ 無
◎飲ませ方()	()
<排泄> オムツ ・ トレーニング中 ・ トイレ	()
<午睡> する (時間程度) ・ しない	●水分摂取(哺乳瓶 ・ ストロー ・ コップ)

【 自宅での様子 】

	夜	朝
体温	時 分 _____ °C 時 分 _____ °C	時 分 _____ °C
咳	多 ・ 少 ・ なし	多 ・ 少 ・ なし
鼻水	多 ・ 少 ・ なし	多 ・ 少 ・ なし
機嫌	良 ・ 普通 ・ 不良	良 ・ 普通 ・ 不良
嘔吐	回	回
排便	回 普通 ・ 軟 ・ 水様	回 普通 ・ 軟 ・ 水様
食欲	良 ・ 普通 ・ 不良	良 ・ 普通 ・ 不良
水分摂取	良 ・ 普通 ・ 不良	良 ・ 普通 ・ 不良
睡眠	: ~ :	: ~ :

<お迎えについて>

- お迎え時間 (時 分頃)
- お迎えの方 (氏名:)
(続柄:)
- 緊急連絡先
①(氏名:)
(- -)
- ②(氏名:)
(- -)

【 園での様子 】

	午前	午後
体温	時 分 _____ °C 時 分 _____ °C	時 分 _____ °C 時 分 _____ °C
咳	多 ・ 少 ・ なし	多 ・ 少 ・ なし
鼻水	多 ・ 少 ・ なし	多 ・ 少 ・ なし
機嫌	良 ・ 普通 ・ 不良	良 ・ 普通 ・ 不良
嘔吐	回	回
排尿	回	回
排便	回 (普通 ・ 軟 ・ 水様)	回 (普通 ・ 軟 ・ 水様)
食欲	良 ・ 普通 ・ 不良	
食事内容	おやつ: 昼食:	おやつ:
水分摂取	良 ・ 普通 ・ 不良	良 ・ 普通 ・ 不良
睡眠時間	: ~ :	: ~ :
	: ~ :	: ~ :

<病児・病後児室での様子・コメント>

看護師: _____

病児保育持ち物チェックシート

- 病児・病後児保育 医師連絡票
 - 医師の処方したお薬(内服分1回分のみ名前を記入しご持参ください)
 - 薬剤情報提供書(薬の説明書)
 - 着替え 2～3組
 - おむつ(必要な枚数) ※名前を記入しご持参ください
 - おしり拭き
 - おむつ替えシート
 - ビニール袋 2枚
 - お手拭き用のウエットティッシュ
 - 食事用エプロン(乳児さんのみ) 3枚
 - 水筒(お茶、またはイオン飲料など 飲めるもの 多めに入れて持参ください)
 - ミルク・使い捨て哺乳瓶(乳児さんで必要なお子さま)
 - お弁当
 - おやつ(お子さまが食べられるもの)
 - バスタオル
 - 他 お預かり
- すべての持ち物に名前を記入してください。

※忘れ物がないようにチェックシートを用いて帰りの準備を行う。

与薬依頼書

〈 病児・病後児保育室 〉

園児氏名：

医師の指示により、やむを得ず保育時間中における与薬が必要になりましたので、保護者の責任において保育園での園児に対する与薬を依頼します。
与薬に関しては、以下の注意事項を遵守します。

保護者氏名：

《注意事項》

- ①薬は医師が処方したものに限りませ。 (市販薬はお受けできません)
また、坐薬・解熱剤・鎮痛剤等もお受けできません。
- ②薬包・薬を入れた容器、複数ある場合はそれぞれに記名をお願いします。
- ③薬剤情報提供書 (薬の説明書) も一緒に持参してください。

(保護者記入欄)

病名 (または症状)			
内服薬	粉薬	包	1.食前 2.食後 3.食間 (時頃) 4.その他 (時頃)
	液薬	ml/回	1.食前 2.食後 3.食間 (時頃) 4.その他 (時頃)
外用薬	点眼薬	滴/回	右目 ・ 左目 ・ 両目 点眼時間 (時頃 ・ 時頃)
	軟膏	回/日	部位 ()
その他			※用途・時間など ()

(看護師記入欄)

日付	/	/	/	/	/
与薬時間	:	:	:	:	:
与薬者サイン					