

年 月 日

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"/> アデノウィルス感染症 (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
- 水痘
- 流行性耳下腺炎
- 流行性角結膜炎

- コロナウイルス感染症
- 麻疹
- 結核
- 腸管出血性大腸菌感染症(O157・O26・O111)

- 風疹
- 百日咳
- プール熱(咽頭結膜炎)

家庭との連絡票

年 月 日()
 ※☆印(用紙左側)をご記入ください。

ふりがな

名前： (男・女)

年齢： 歳 カ月

☆お子さまについて教えてください。

ミルク	無・有	●授乳量 ml/回
		●授乳時間(時・ 時)
内服薬	無・有	●飲ませ方()
排泄	オムツ・トレーニング中・トイレ	
睡眠	しない・する(時間程度)	
好きな遊び		

☆【診断名・症状】

--

☆家庭での様子を教えてください。

	夜	朝
体温	時 分 _____℃ 時 分 _____℃	時 分 _____℃
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	: ~ :	: ~ :
その他		

☆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: 続柄: /TEL:
②氏名: 続柄: /TEL:

【園での様子】

	午前	午後
体温	時 分 _____℃ 時 分 _____℃	時 分 _____℃ 時 分 _____℃
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)
睡眠時間	: ~ :	: ~ :

食欲	良・普通・不良
食事内容	<朝おやつ>
	<昼食>
	<午後おやつ>
水分補給	良・普通・不良

<病児・病後児保育室での様子・コメント>

サイン:



リトルナッツ保育園 病児・病後児保育室

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です。(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	食前 ・ 食後 ・ 食間(時頃) ・ その他(時頃)
	液薬	ml/回	食前 ・ 食後 ・ 食間(時頃) ・ 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						

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
 - ☐ お手拭き用のウェットティッシュ
 - ☐ 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。