

年 月 日 ()

【保護者記入】

【保育園記入】

朝の体温	℃	機嫌	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 悪	受入れ時体温	℃	時刻	:	
解熱剤使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	使用時間	:	顔色	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 悪			
主な症状 複数の症状がある場合は症状ごとにご記入ください	症状と様子		いつから	その他の症状				
				保育園での主な症状				
投薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合 () 種類	時間	薬の名前	お薬手帳・薬剤説明書確認 <input type="checkbox"/>				
				投薬の注意点など				
				与薬	時間	:	担当	
					時間	:	担当	
食事	食欲	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		喫食状況	午前おやつ			
	昨日の夕食	時間			昼食			
		:			午後おやつ			
本日の朝食	:		特記事項					
睡眠	就寝時間 ~ 起床時間 : ~ :	睡眠状況		睡眠	:	~	:	
排せつ	<input type="checkbox"/> 自分で教える <input type="checkbox"/> 声かけが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 (オムツを含む) <input type="checkbox"/> その他 ()			排便	時間	便の状態		
今の便の状況	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 水溶便 <input type="checkbox"/> その他 ()			使用枚数	<input type="checkbox"/> 持込	おむつ処理	<input type="checkbox"/> 有	
お子さまの様子や伝えておきたい事などご自由にお書きください					<input type="checkbox"/> 園		<input type="checkbox"/> 無	
					時間	体温		
					:	℃		
				:	℃			
:	℃							
:	℃							

年 月 日 ()

【保護者記入】

○ 緊急連絡先 (必ずつながる方2名以上の番号を最低3か所ご記入ください)

名前	続柄	連絡先	電話番号	備考
1)				
2)				
3)				
4)				

○病児保育の利用 はじめて 回目 他の病児保育室を利用したことがある

○お子さまの情報

健康	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	初回 歳 か月 最後 歳 か月	これまで 回	座薬の指示 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	今までにかかった大きな病気	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	病名 手術歴等		
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 ()	アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
名前の呼び名			好きな遊び		

※以下何も記入しないでください

○ご利用料金

<input checked="" type="checkbox"/>	保育料	2000	円	その他の内訳など
<input type="checkbox"/>	おむつ処理代	100	円	
<input type="checkbox"/>	おむつ代	50円/枚	利用枚数 枚	円
<input type="checkbox"/>	その他	※緊急受診が必要になった場合など		円
合計				円
				お迎え時刻 :
				領収者

保育室からの伝達

医師連絡票

SUN KID保育園殿

病児保育の利用について、下記の点について連絡します。

年 月 日

お子様の名前		様	
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	11 膿痂疹	(病名不明のとき) 20 発熱 21 下痢 22 嘔吐 23 咳嗽 24 喘息 25 発疹	
02 咽頭炎	12 突発性発疹症		
03 扁桃炎	13 手足口病		
04 気管支炎	14 伝染性紅斑(りんご病)		
05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎		
06 消化器不良症	16 麻疹		
07 感冒性嘔吐症	17 水痘		
08 自家中毒症	18 百日咳		
09 中耳炎・外耳炎	19 風疹		
10 結膜炎(流角結を含む)	20 その他()		
病状	1 急性期(発熱等)	2 回復期(解熱・微熱等)	
安静度	1 ベッド上安静		2 隔離室で隔離
	3 室内安静(ベッドでの生活が基本、他児との静かな遊びは可)		
食事	4 室内保育(他児と室内で普通に遊んで良い)		
	ミルク ・ 牛乳のみ ・ 離乳食 ・ 幼児食 絶食(飲水は可) ・ 普通食(普段と同じ食事で可) その他 ()		
特記すべき既往歴			
	熱けいれんが起こった場合: 座薬使用後に痙攣が落ち着いた場合、その後の受診は必要ですか。 すぐに受診 ・ その日のうちに受診 ・ 受診不要		
病状の経過			
保育上の注意点			

病院名: _____

医師名: _____

注)使用日以下は保育園で記入

主治医様

日頃、園児の健康管理にご協力賜り有難うございます。

さて、横浜市私立保育園では、原則として与薬の代行は行っておりませんが、時間与薬のひつような薬剤、食事関連性の強い薬剤、熱性痙攣の予防に使用する薬剤など、やむを得ないものに限って与薬することとしています。

つきましては、今般、保護者より与薬依頼書が提出されておりますので先生のご意見を戴きたく以下の意見書に必要な事項をご記入願います。

~~なお、抗菌剤を含めて感冒に対する与薬は認めておりませんのでご承知下さいますようお願い申し上げます。~~

横浜市福祉局
横浜市医師会保育園医部会

.....切り取り線.....

与薬に関する主治医意見書

平成 年 月 日

園児名 _____ 男・女

平成 年 月 日生

医療機関名

主治医名 _____ ㊞

1. 病名：
2. 薬品名：
3. 使用する理由及び使用法 理由： 使用法：
4. その他