

保護者記入

年 月 日記入

葉山にこにこ保育園病後児保育事業利用登録票

申請者名

保 護 者	保護者氏名	続柄	緊急連絡先（勤め先等）	
	携帯電話		連絡先	
	携帯アドレス		電話	
	携帯電話		連絡先	
	携帯アドレス		電話	

登 録 児 童	児童氏名	性別	生年月日	
	(ふりがな)		平成 令和	年 月 日生 ( 歳 か月)
	住所(〒240- ) 葉山町		電話番号	
	通園認可保育所名		電話番号	
	かかりつけの医師 医療機関名	電話番号	担当医師名	
	既往歴(今までにかかった病気の番号と【 】の内容に○をつけてください) ※母子手帳を確認し、記入をお願いします。			
	1 突発性発疹	12 喘息・喘息様気管支炎【薬の服用は毎日・不調時のみ】		
	2 麻疹(はしか)	13 アトピー性皮膚炎		
	3 水疱(水ぼうそう)	14 川崎病【心臓合併症はあり・なし】		
	4 風しん(三日ばしか)	15 熱性けいれん		
	5 咽頭結膜熱(プール熱)	【初回 歳 か月、最後 歳 か月、これまで 回】		
	6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	【座薬の指示はある・なし】		
	7 百日咳	16 てんかん		
	8 ヘルパンギーナ	17 食物アレルギー		
	9 肺炎	【牛乳・卵・大豆・小麦・その他( )		
10 とびひ	18 その他			
11 B型肺炎(キャリアーを含む)	【具体的に: 】			
予防接種(これまでに受けた予防接種の番号と【 】の回数に○をつけてください)				
1 ヒブワクチン【1回目・2回目・3回目・追加】	8 日本脳炎【I期 1回目・2回目・追加】			
2 小児用肺炎球菌【1回目・2回目・3回目・追加】	9 水疱(水ぼうそう)【1回目・2回目】			
3 四種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】	10 ロタウイルス			
4 三種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】	11 B型肝炎【1回目・2回目・3回目】			
5 ポリオ【1回目・2回目・3回目・追加】 ※生ポリオの場合は2回目まで	12 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)			
6 BCG	13 インフルエンザ【最近受けたのは 年 月】			
7 MR(麻疹風しん)【1回目・2回目】	14 その他【 】			
入院の経験(入院の経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入してください)				
1 ない				
2 ある	【 歳 か月、病名	】		
	【 歳 か月、病名	】		
常時内服している薬(常時内服している薬がある場合は具体的に記入してください)				
1 ない	2 ある【具体的に:	】		
その他(薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮してほしいことについて記入してください)				

医療機関記入

年 月 日記入

葉山にこここ保育園病後児保育事業利用連絡票(A)

医療機関 所在地  
 名称  
 電話  
 FAX  
 担当医師 氏名

印

【保護者記入欄】

児童氏名	児童生年月日・性別 年 月 日生 ( 歳) 男・女
保護者氏名	電話番号 ( )
住所 葉山町	

【医療機関記入欄】

病名・症状 (番号に○)	1 感昌・感昌用症候群    10 咽頭結膜熱(アデノウイルス感染症) 2 咽頭炎    11 溶連菌感染症 3 扁桃腺炎    12 突発性発疹 4 気管支炎    13 手足口病 5 喘息・喘息性気管支炎    14 伝染性紅(リンゴ病) 6 感染性胃腸炎(下痢・嘔吐)    15 インフルエンザ 7 自家中毒症    16 骨折 8 中耳炎・外耳炎    17 火傷 9 伝染性膿痂疹(とびひ)    18 その他 [ ]	主な症状 1 発熱    7 その他 2 下痢 3 嘔吐 4 咳 5 喘鳴 6 発疹
	投薬状況 及び 経過など	
特記すべき 既往歴 (いずれかに○)	有 ・ 無 ・ 不明 ↓ (有の場合) (熱性けいれん ( 回)    ぜんそく    食物アレルギー その他 (    ) )	
※初めての受診など、把握している既往歴がない場合は、「不明」でかまいません。		
安静度 (いずれかに○)	1 病後児保育室内で安静(布団上での生活が主、他児との静かな遊びは可) 2 病後児保育室内で保育(他児と室内で普通に遊んでよい)	
本連絡票の 有効期間	年 月 日 ( 曜日) まで(見込) ※上限7日間(慢性疾患は1ヵ月程度、骨折などの外傷は治癒まで)	
その他の 注意事項		

保護者記入

年 月 日記入

葉山にこにこ保育園病後児保育事業利用申込票(B)

申請者名

保 護 者	保護者氏名		続柄	緊急連絡先（勤め先等）		
				連絡先		
	携帯電話			電話		
	携帯アドレス			連絡先		
	携帯電話			電話		
	携帯アドレス					

登 録 児 童	児童氏名		性別	生年月日		
	(ふりがな)			平成	年 月 日生	
				令和	( 歳 か月)	
	住所(〒240- ) 葉山町			電話番号		
	通園認可保育所名			電話番号		
	かかりつけの医師 医療機関名			電話番号	担当医師名	
	既往歴(今までにかかった病気の番号と【 】の内容に○をつけてください) ※母子手帳を確認し、記入をお願いします。					
	利用期間	申請時 令和 年 月 日～令和 年 月 日 ( 日間)				
	今回の病気について	病名			今朝の体温	℃
		現在の症状 (当てはまるものに○をつけてください)				
		発熱 発疹 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 下痢 吐き気				
		食欲低下 頭痛 めやに その他 ( )				
		保育園などで流行っている病気はありますか? ない・ある ( )				
食事について	処方薬を受けている (いる・いない) 市販薬を飲んで (いる・いない)					
	配慮が必要なことをご記入下さい (例) やわらかめ、消化によい、あぶらっこくない等					
食事状況	①介助が必要 ②一人で食べるが介助が必要 ③一人で食べる					
行動	①伝い歩き ②歩行自由					
	③睡眠 (入眠方法: 例 とんとんする等 )					
排泄	①おむつ (排泄教える・教えない) ②時々おもらし ③自立					