

医療機関記入

施設名

病後児保育事業利用連絡書

葉山にこにこ保育園 御中

医療機関 所在地

名称

電話

FAX

担当医師 氏名

病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

【保護者記入欄】

児童氏名		性別	男 女	生年月日	年 月 日生 (歳 か月)
児童住所					
電話番号	()	保護者氏名			

【医療機関記入欄】

発症日	年 月 日 時頃
病名 (番号に○)	1 急性上気道炎 7 ヘルパンギーナ 13 中耳炎 2 気管支炎・肺炎 8 流行性耳下腺炎 14 伝染性膿痂疹 3 喘息・喘息様気管支炎 9 水痘 15 手足口病 4 急性胃腸炎 10 インフルエンザ (A型・B型・型不明) 16 RSウイルス 5 ロタウイルス 11 咽頭結膜熱 (アデノウイルス感染症) 17 その他 () 6 ノロウイルス 12 溶連菌感染症
経過・症状	1発熱 (月 日 時頃～) 2下痢 (月 日～) 3嘔吐 (月 日～) 4咳嗽 (月 日～) 5喘鳴 (月 日～) 6発疹 (月 日～) 【その他経過】
投薬状況	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照 <input type="checkbox"/> その他投薬
検査状況 (検査を実施した場合はご記入ください)	検査の日時 (/) インフルエンザウイルス (有 / 無) 検査の結果 (陽性 / 陰性) 新型コロナウイルス (有 / 無) 検査の結果 (陽性 / 陰性) その他の検査 () (有 / 無) 検査の結果 (陽性 / 陰性) () (有 / 無) 検査の結果 (陽性 / 陰性) () (有 / 無) 検査の結果 (陽性 / 陰性)
特記すべき既往歴 (いずれかに○)	有 無 不明 ↓ (該当するものに○) 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。
その他の注意事項	
保育上の留意点 (指示があれば番号に○)	1 室内安静 (ベッドでの生活が主、他児と静かな遊びは可) 2 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)
本連絡書の有効期限	<input type="checkbox"/> 医師記入日から1週間有効 <input type="checkbox"/> (外傷や骨折等の場合) 医師記入日から () 週間有効 ※上限4週間

保護者記入

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(B)

申請者名

保護者	保護者氏名		緊急連絡先 (日中必ず繋がる連絡先)	
	(続柄)		①	携帯・自宅・会社・その他 ()
	携帯電話番号:			
	メールアドレス			
	(続柄)		②	携帯・自宅・会社・その他 ()
	携帯電話番号:			
メールアドレス				

登録児童	(ふりがな)	
	児童氏名	
	利用期間	申請時 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)
	今朝の体温	℃
	食事について	配慮が必要なことをご記入ください
		(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 ② (排泄教える・教えない) ③時々おもらし ④自立	

	日付	朝の体温	利用時間	送迎者名
目 1 日	/	℃	: ~ :	
目 2 日	/	℃	: ~ :	
目 3 日	/	℃	: ~ :	