

病児保育利用申請書（病状連絡票）

クルメキッズランド

■利用者について

ふりがな	保育所 幼稚園 学校等名	体重	kg	平熱	℃
児童名	(男・女)	登園	予定時間	時	分
生年月日	年 月 日 利用日時点で 歳 ヵ月	降園	予定時間	時	分
		同伴者	父	母	その他 ()

■緊急連絡先を連絡順に記入

順位	続柄	氏名(ふりがな)	性別	電話番号 (勤務先であれば勤務先名も記入)
1			男・女	勤務先名 電話番号
2			男・女	勤務先名 電話番号

■生活状況について

排泄	大便	ひとりでできる ・ 手助けをすればできる ・ おむつを使用	小便	ひとりでできる ・ 手助けをすればできる ・ おむつを使用
	通常の便の状態	硬 ・ 普通 ・ 軟	睡眠	良い ・ 悪い
食事	量	多い ・ 普通 ・ 少ない	時間	分程度
	目覚め	良い ・ 悪い	昼寝	する ・ しない
		食べる方法	手づかみ ・ スプーン ・ フォーク ・ お箸	

■利用直前までの状況について

該当する時間に、次の記号等を記入します

時間	睡眠↔ 嘔吐□	体温	便○ 尿	食事☆ おやつ×	薬△
(例)	↑↓□	38.5	○下痢	☆	△
前日					
8時					
10時					
12時					
14時					
16時					
18時					
20時					
22時					
24時					
当日					
2時					
4時					
6時					
8時					
10時					

■傷病の詳細

傷病名	最終受診日	月 日 ()
病院名	を受診し、病児保育利用を承諾されました	
右記の抗生物質 抗ウイルス薬	<input type="checkbox"/> 服用した (溶連菌 ・ インフルエンザ ・ 百日咳) (1回目の使用) 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 服用していない
解熱剤	<input type="checkbox"/> 使用した (内服 ・ 坐薬) (最終使用) 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 使用していない
痙攣止め	<input type="checkbox"/> 使用した (内服 ・ 坐薬) (最終使用) 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 使用していない
現在の症状	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 喘息発作 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> その他 ()	
様子	<input type="checkbox"/> 元気がない <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> その他 ()	
朝食	<input type="checkbox"/> 食べられなかった <input type="checkbox"/> 食べた 食べたもの ()	
いつから どのような 症状が ありますか		

■持病について

あり → ()
 なし

■与薬依頼 受診した上記病院にて処方された以下の薬の処方を依頼します

使用目的	<input type="checkbox"/> 痰切 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 整腸剤 <input type="checkbox"/> 気管支拡張 <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> 鼻水止め <input type="checkbox"/> その他 ()
剤型	<input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 外用薬 ()
与薬時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 時間指定 (時 分)
塗薬患部	
保管	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> その他 ()

「クルメキッズランド病児保育のしおり」を了承し、施設の利用を申し込みます。

なお、利用期間中は施設の指示に従います。

利用日・申込日 年 月 日

保護者署名

園使用欄	
与薬済	与薬確認