

病児・病後児保育事業 利用票1

平成 年 月 日 現在

氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (歳 か月)
愛称		利用歴	利用歴あり・はじめて

保護者氏名		本人との続柄	
本日の連絡先	① ()	※ 当日必ず連絡がとれる	
	② ()	連絡先をご記入ください。	

お迎えの時間	午前・午後	時 分
お迎えに来る方	(氏名)	(本人との続柄)

〈保育中の診察についての同意〉

保育中に、必要に応じて診察及び検査を受けること承諾します。

診察の結果、投薬があった場合には、(連絡を希望・ 医師の判断で使用可能) とします。

けいれん・喘息発作等、急を要する場合の投薬・処置は医師の判断に任せます。

保護者署名

◆ 現在の症状(来所当日にご記入ください。)

体温	昨夜 ・ °C 今朝 ・ °C (平熱 ・ °C)
	解熱剤の使用 (あり・なし) ありの場合→最終使用時間 日 時
発疹	あり (部位) ・ なし
鼻汁	多い・少ない・なし
咳	多い・少ない・なし
ゼーゼー	多い・少ない・なし
排尿	多い・普通・少ない
	最終排尿 時
食欲	あり・なし
	最終水分摂取 時
食事内容(前日・当日)	(前日の夕食の内容) (当日の朝食の内容)
昨日の睡眠時間	時 ~ 時 (時間) (普段の睡眠時間 時間程度)
薬を飲んだ時間	朝: 時 分 頓服薬() 時 分
薬の飲ませ方	
今回の経過 いつからどのような 症状でしたか?	

◆ 通園・通学先ではやっている病気はありますか?

--

病児・病後児保育事業 利用票2

氏名	男 ・ 女	※連日の利用の場合はこの面の記載は不要です。
----	-------	------------------------

◆ 以下、該当するものに○印の上、必要に応じてご記入ください。

アレルギーの有無	1. あり ※ありの場合は詳しく教えてください。 2. なし []																																
既往歴	1. あり (水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 熱性けいれん ・ 喘息 ・ 食物アレルギー ・ 突発性発疹 ・ 川崎病 ・ B型肝炎(キャリア含)) 2. なし [※その他の病気は下記にお書きください。 ※乳児健診等で異常があるとされたことがある場合もご記入ください。]																																
常用薬	普段から常時使用しているがある場合は、内容・用法等詳しくお書きください。 1. あり [] 2. なし []																																
予防接種歴	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">ヒブ</td> <td style="width: 30%;">(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)</td> <td style="width: 30%;">麻疹風疹</td> <td style="width: 10%;">(1 ・ 2)</td> </tr> <tr> <td>小児肺炎球菌</td> <td>(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)</td> <td>水痘</td> <td>(1 ・ 2)</td> </tr> <tr> <td>B型肝炎</td> <td>(1 ・ 2 ・ 3)</td> <td>おたふく</td> <td>(1 ・ 2)</td> </tr> <tr> <td>4種混合</td> <td>(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)</td> <td>日本脳炎</td> <td>(1 ・ 2 ・ 3 ・ 2期)</td> </tr> <tr> <td>BCG</td> <td>(1)</td> <td>3種混合</td> <td>(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>2種混合</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>ロタウイルス</td> <td>(1 ・ 2 ・ 3)</td> <td>不活化ポリオ</td> <td>(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">インフルエンザ(今年度の接種) (1 ・ 2) →</td> <td>最終接種日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table>	ヒブ	(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)	麻疹風疹	(1 ・ 2)	小児肺炎球菌	(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)	水痘	(1 ・ 2)	B型肝炎	(1 ・ 2 ・ 3)	おたふく	(1 ・ 2)	4種混合	(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)	日本脳炎	(1 ・ 2 ・ 3 ・ 2期)	BCG	(1)	3種混合	(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)			2種混合	(1)	ロタウイルス	(1 ・ 2 ・ 3)	不活化ポリオ	(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)	インフルエンザ(今年度の接種) (1 ・ 2) →		最終接種日	年 月 日
ヒブ	(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)	麻疹風疹	(1 ・ 2)																														
小児肺炎球菌	(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)	水痘	(1 ・ 2)																														
B型肝炎	(1 ・ 2 ・ 3)	おたふく	(1 ・ 2)																														
4種混合	(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)	日本脳炎	(1 ・ 2 ・ 3 ・ 2期)																														
BCG	(1)	3種混合	(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)																														
		2種混合	(1)																														
ロタウイルス	(1 ・ 2 ・ 3)	不活化ポリオ	(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)																														
インフルエンザ(今年度の接種) (1 ・ 2) →		最終接種日	年 月 日																														

生活習慣	昼寝	あり (時～ 時頃) (時間程度) ・ なし		
	排泄	オムツ (教える ・ 教えない) ・ トレーニングパンツ ・ 自立 排尿・排便のサインがある場合→()		
	食事	量	よく食べる ・ 普通 ・ 食が細い	
		方法	ひとりで ・ 手伝いが必要 ・ 食べさせる ・ 授乳のみ	
	好きな遊び			
	性格			
その他配慮事項				

2歳未満のお子さん はご記入ください。	授乳/ 食事	母乳	()時間毎 または、 () 回/日	
		ミルク	1回()cc ()時間毎 または、 () 回/日	
		離乳食	初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了期	幼児食 (回/日)
	水分摂取方法	哺乳瓶 ・ マグ ・ コップ		麦茶 ・ 水 ・ ミルク ・ いずれも可
	運動	首がすわっている ・ 寝返りをする ・ 自力で座れる ・ はいはい 立つ ・ つたい歩き ・ 歩行自由 ・ (留意事項)		