病児保育

利用のために必要な書類

01	書類名 病児保育利用登録申込書	記入者 保護者	記入 初回ご利用時のみ（年度毎更新）
02	書類名 医師連絡票	記入者 医療機関	記入 診断時
03	書類名 与薬依頼書	記入者 保護者	記入 ご利用時（必要に応じて）
04	書類名 病児保育利用に関する同意書	記入者 保護者	記入 初回ご利用時のみ
05	書類名 保護者からの連絡票	記入者 保護者	記入 ご利用時

病児保育利用登録申込書

登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿

登録日　　年　　月　　日　　保育園NOAH KIDS病児保育室OLIVE

ふりがな 名前	男・女	愛称	生年月日　年齢（　　歳　　ヶ月） 年　　月　　日

住所		電話番号	
通所施設	保育園・幼稚園・小学校（　　年生）		
かかりつけ医	電話番号		
緊急連絡先	①　　（連絡先名）		
	②　　（連絡先名）		
	③　　（連絡先名）		

家族氏名（同居）	続柄	年齢	勤務先（名称及び電話番号）又は通所施設名

［これまでの様子］

出生時の異常　ない ・ ある
発育や発達　普通 ・ 検診や通園施設での指摘あり

［既往歴］

けいれん　ない ・ ある
喘息　ない ・ ある　（現在療養中 ・ 悪化時のみ治療）
突発性発疹　ない ・ ある
百日咳　ない ・ ある　予防接種（四種混合）　済 ・ 未
麻疹（はしか）　ない ・ ある　予防接種　済 ・ 未
風疹　ない ・ ある　予防接種　済 ・ 未
水ぼうそう　ない ・ ある　予防接種　済 ・ 未
おたふくかぜ　ない ・ ある　予防接種　済 ・ 未
その他　（　　）

アレルギー　ない ・ ある　（　　）
薬アレルギー　ない ・ ある　（　　）
常時服用の薬　ない ・ ある　（　　）

［生活の様子］

食事　自分で食べる ・ 手伝って食べる
水分　コップ ・ ストロー付きマグ ・ 哺乳瓶
排泄　自立 ・ オムツ使用
睡眠　一人で ・ トントンされて ・ 抱っこで寝る
好きな遊びや玩具　（　　）

［特記事項］

02 書類名 医師連絡票 記入者 医療機関 記入 診断時

病児保育事業

医師連絡票

保育園 NOAH KIDS 病児保育室 OLIVE宛

病児保育室の利用について、以下の通り連絡します。

年　　月　　日

医療機関名：

所在地：

電話番号：

担当医名：

氏名		男・女	生年月日	年　　月　　日	診察時体温	℃

病名・症状 該当する病名・症状に☑を付けてください	☐ 感冒・風邪症候群　☐ 咽頭炎　☐ 扁桃炎　☐ 気管支炎 ☐ 喘息　☐ 感染性胃腸炎　☐ 自家中毒症　☐ 中耳炎・外耳炎 ☐ 咽頭結膜熱　☐ 溶連菌感染症　☐ 伝染性膿痂疹(とびひ)　☐ 突発性発疹 ☐ 手足口病　☐ ヘルパンギーナ　☐ 伝染性紅斑(りんご病)　☐ 流行性耳下腺炎 ☐ インフルエンザ(A・B)　☐ 百日咳　☐ RSウイルス　☐ マイコプラズマ感染症 ☐ 風疹　☐ 水痘　☐ その他 (　　) 病名未確定の時　☐ 発熱　☐ 下痢　☐ 嘔吐 ☐ 咳嗽　☐ 発疹　☐ その他（　　）
安静度	☐ ベッド上安静　☐ 室内安静（静かな遊びは可）　☐ 制限なし
注意点・指示 その他連絡事項	

［受け入れできない疾患・症状］

・新型コロナウイルス感染症
・麻疹　・流行性角結膜炎
・インフルエンザの発症から48時間以内
・疾患の急性期　・下痢、嘔吐が頻回　・呼吸困難がある　・ぐったりしている
・48時間以内にけいれんを起こした　・経口摂取ができない
・医師が保育室の利用が不可能と判断した状態等

与薬依頼書

注意事項を確認し、以下の内容で与薬を依頼致します。

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

与薬依頼日	年　　月　　日
依頼先	保育園NOAH KIDS病児保育室OLIVE
お子さんの名前	
処方医療機関名	

	種別	時間	方法	保管
内服薬 ①	水薬　粉薬　錠剤	食前・食後・屯用 （　　）	そのまま飲める その他（　　）	室温 冷暗所
内服薬 ②	水薬　粉薬　錠剤	食前・食後・屯用 （　　）	そのまま飲める その他（　　）	室温 冷暗所
外用薬	塗り薬　点眼薬 その他（　　）	食前・食後・屯用 （　　）	部位 その他（　　）	室温 冷暗所

［注意事項］

1. 薬は医師が処方したものに限ります。市販薬はお受けできません。
2. 処方された薬の説明書又はお薬手帳のコピーをお持ちください。
3. 薬を入れた袋や容器に必ず名前を書いて下さい。
4. 内服薬などが複数に分かれて包装されている場合は、それぞれ①,②と記入して下さい。
5. 「与薬依頼書」「名前を書いてある薬」「薬の説明書(又はお薬手帳のコピー)」の３点をそろえて職員に手渡しして下さい。誤飲の危険性があるため、手渡しされず鞄の中に入っている状態では与薬できません。
6. 副作用の恐れがある為、ご家庭で使用したことのない薬はお預かりできません。

病児保育室記入欄

受付者＿＿＿＿＿＿＿＿　与薬日　　年　　月　　日

種別			
与薬時間			
与薬実施者			
備考			

病児保育利用に関する同意書

保育園NOAH KIDS病児保育室OLIVE

- 予約受付後、当日の病状により保育が出来ないと判断した場合は利用をお断りする事もあります。
- 利用予定時間を30分過ぎても連絡のない場合、キャンセル扱いにさせて頂きます。
- 当日朝、入室に時間を要する場合があるので、出勤までに余裕をもって来て下さい。
- 当病児保育室では点滴などの医療行為は行いません。ただし、喘息の吸入処置は医師連絡票及び与薬依頼書の指示により行います。
- 容体が悪化した時や早期の治療が必要と判断された時など緊急を要する時は、保護者の同意を得た上で、医療機関での受診治療をします。また、保護者に連絡が取れない場合でもそのようにする事があります。その際の医療費は保護者負担となります。
- 登録や利用において知り得た情報は、必要に応じて医療機関に提供される場合があります。
- 特別な理由がなく月齢相応の予防接種が済んでいない場合は、他の方の感染リスクを考慮し、ご利用できません。
- 細心の注意を払い感染対策を行いますが、病児保育室利用によって感染が起こった場合は責任を負いかねます。
- 医師連絡票は７日間有効です（土日祝を含む）。
- 病名の変更がない場合、利用当日を含み２日間の予約が可能です。

上記の内容を確認し、同意致します。

年　　月　　日

保護者名

住　　所

保護者からの連絡表

利用する際に記入してお持ちください

年　　月　　日記入　　保育園NOAH KIDS病児保育室OLIVE

お子さんのお名前		男・女	歳　　カ月（小学　年生）
保護者のお名前		緊急連絡先	

症状がいつからどのように経過したか記入して下さい
病名が分かっている場合（　　）

現在の様子
体温 ℃ (今朝 時)
解熱剤の使用は　なし・あり (　日　時)

下痢	なし・あり
尿	普通・少ない
咳 なし・あり	なし・あり
鼻水	なし・少し・多い
発疹	なし・あり
機嫌	良い・だるそう・ぐずり気味・興奮
睡眠	良い・浅い (昨夜は 時 分~ 時 分)
昨夜の夕食	普通・少し・食べない
今朝の朝食	普通・少し・食べない
	食べたもの（　　）

持参のお薬　なし　・　あり
気管支拡張テープ　なし　・　使用中（貼っている場所：　　）
その他お薬の使用は　なし　・　あり

気になる事や伝えておきたい事などを記入して下さい

翌日も病児保育室の利用を希望されますか　はい　・　いいえ
（ご希望に添えない場合もあります。ご了承下さい。）

お迎え時間	時　　分	お迎えに来る方	