

# 病児・病後児保育利用（登録・変更）用紙



記入日： 年 月 日

ふりがな		男	平成・令和	年	月	日生	愛称	
お名前		女	( 歳 カ月)					
	保護者氏名	勤務先			個人携帯番号			
父		TEL:						
母		TEL:						
( )		TEL:						
自宅住所	〒 - 自宅TEL ( - - )							
緊急連絡先	連絡の相手	連絡場所			連絡先			
	①							
	②							
	③							
保育所名 学校名				かかりつけ医				
出生について	・生まれた時の体重( )g			・生まれた時の身長( )cm				
	・生まれた時は何週でしたか( )週 ( )日							
	・出生時に異常や治療を受けましたか？ いいえ・はい ⇒ 黄疸・仮死・その他( )							
発育について	・首がすわった( )カ月		・寝返り( )カ月		・お座り( )カ月			
	・はいはい( )カ月		・歩行( )カ月					
	・乳児健診等で何か指摘されたことがありますか？ いいえ・はい ⇒ ( )							
	・発育は順調でしたか？ はい・いいえ ⇒ ( )							
既往歴	・麻しん ・風しん ・おたふくかぜ ・水ぼうそう ・百日咳 ・突発性発疹 ・肺炎 ・ぜん息 ・中耳炎 ・髄膜炎 ・川崎病 ・アレルギー性皮膚炎 ・その他( ) ・熱性けいれん なし・あり ⇒回数( )回 最後は( 年 月) 坐薬の指示 あり・なし							
入院歴	なし・あり ⇒病名( ) 経過( 完治・経過観察中・治療中 ) 病名( ) 経過( 完治・経過観察中・治療中 )							
予防接種	・ヒブ ( )回済み ・B型肝炎 ( )回済み ・五種混合 ( )回済み ・水痘 ( )回済み ・日本脳炎1期 ( )回済み ・ロタウイルス ( )回済み ・ヒトパピローマウイルス ( )回済み ・小児肺炎球菌 ( )回済み ・四種混合 ( )回済み ・BCG 済み ・麻しん風しん ( )回 済み ・日本脳炎2期 済み ・二種混合 済み ・おたふく ( )回済み							
アレルギー	・内服薬や注射でアレルギーを起こしたことがありますか？ いいえ・はい⇒( )							
	・食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ いいえ・はい⇒( )							

※1年に1度更新させていただきます。



## 保護者意向確認票



### ★ 処置について

預かり中に医師が必要と判断した場合は、処置をしてもよろしいですか。

①はい(診療になるため保険証・特別医療等の掲示が必要です。)

②いいえ

③連絡して確認してほしい(TEL: \_\_\_\_\_ )

※必ず連絡が取れる番号をご記入ください。できるだけ固定電話でお願いいたします。

### ★ 薬の処方について

預かり中に医師が判断した場合は、薬を処方して投薬してもよろしいですか。

①はい(診療になるため保険証・特別医療等の掲示が必要です。)

②いいえ

③連絡して確認してほしい(TEL: \_\_\_\_\_ )

※必ず連絡が取れる番号をご記入ください。できるだけ固定電話でお願いいたします。

お子さまの容態により、急を要する処置、または投薬が必要な場合はこの限りではありません。

### ★ 病児病後児保育事業者間で情報を共有することに同意します。

年 月 日

サイン

---

---

①

# 病状れんらくシート

令和 年 月 日

氏名: \_\_\_\_\_ 年齢: 歳 ヶ月 (男・女)  
在籍園・学校 ( ) 流行: なし・あり ( )

★該当する症状に☑をして、発症日をご記入ください。

- 発熱 ( ) 日～最高 ( ) °C
- 咳 ( ) 日～
- 鼻水 ( ) 日～
- 下痢 ( ) 日～ ( ) 回 / (やわらかい・水様)
- 嘔吐 ( ) 日～ ( ) 回
- 痛み ( ) 日～ / のど・頭・おなか・耳・その他 ( )
- 発疹 ( ) 日～場所 ( )

その他気になること:

★全ての項目にご記入ください。

- 機嫌 (良い・やや悪い・悪い) / 元気 (あり・ややなし・なし)
- 食欲 (あり・ややなし・なし) / 水分 (とれる・少し・とれない)
- 排尿 (普通・少ない・出ていない) / 最終排尿時間 : ( )
- 最終排便 ( ) 月 ( ) 日
- 睡眠 (眠れていない・眠れた)
  
- この病気について受診しましたか?  
(いいえ・はい → ( ) 日・病院名 ( ) ・病名 ( ) )
  
- 内服中の薬 (なし・あり → 当院・他院 ( ) )  
※必ず薬剤情報をご持参ください。薬は薬袋ごと持参してください。
- 今朝の薬 (飲んでいない・飲んだ)
  
- 頓服薬の使用 (使用していない・使用した → ( ) : ( ) / 薬名 ( ) )
  
- お預かり中の頓服薬の使用について (希望しない・希望する → 内服薬・坐薬 ( ) )

● 連絡先 ※必ずつながるところを2カ所ご記入ください。

①連絡先:	電話番号:
②連絡先:	電話番号:

● お迎え ※変更になる場合はご連絡ください。

時間	:	( ) / 父・母・その他 ( )
----	---	-------------------

## 問診票

- 兄弟の有無  
無 ・ 有 (性別 年齢 ) ペンギンハウス利用 (有・無)  
(性別 年齢 ) ペンギンハウス利用 (有・無)  
(性別 年齢 ) ペンギンハウス利用 (有・無)  
(性別 年齢 ) ペンギンハウス利用 (有・無)
- よく飲む飲み物は? ( )
- りんごジュース・イオン飲料を飲んだことがありますか?(有・無)
- 好きな食べ物 ( )
- 嫌いな食べ物 ( )
- お子様のくせ ( )
- 好きなあそび ( )
- おんぶをした事がありますか? (有・無) 2歳までのお子様
- 午睡時の入眠方法(抱っこ・添い寝・ラック・その他 )
- 離乳食のお子様のみ  
食べた事のない食材 (卵・乳製品・魚・小麦・ゼリー・スナック菓子)
- マグ (ストロー) は使えますか? (はい・いいえ) 2歳までのお子様
- 薬は飲めますか? (はい・いいえ)
- 当院 instaglam 掲載 (可・不可) ※顔は出さないよう留意いたします
- ペンギンハウス玄関の壁面に写真を掲示 (可・不可)
- 何か気になること、心配なこと ( )