

# 江東区病後児保育事業利用申込書(初日用)

保護者(申込)氏名	住所及び緊急連絡先電話番号	登録番号
	緊急先TEL	

ふりがな 登録児童名	性別	生年月日	通っている保育施設名 及び電話番号
	男・女	平成 年 月 日 ( 歳 か 月 ) TEL	

今回の病名	診断をした病院・医院名・電話番号	診断月日
	TEL	月 日

現在の症状	今回の病気の経過	月 日頃より発症	発症後の初診日	月 日
	熱 平熱・有	昨夜の熱 °C	今朝の熱 °C	
	嘔吐 有・無	昨日の嘔吐 回	今朝の嘔吐 回	
	昨日の便の状態	普通・軟便・下痢便	水様便 回数	回
	本日の便の状態	普通・軟便・下痢便	水様便 回数	回
	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他の痛み( ) <input type="checkbox"/> 発疹(部位: ) <input type="checkbox"/> かゆみ(部位: ) <input type="checkbox"/> その他症状( )			

薬の状況	<input type="checkbox"/> 今朝の内服薬 (名称 ) 内服時間 時
	<input type="checkbox"/> 今朝の吸入薬 (名称 ) 使用時間 時 分
	<input type="checkbox"/> 座薬の最終使用時間 時 分 名称( )

機嫌	昨日の機嫌 良い・普通・悪い	今朝の機嫌 良い・普通・悪い
----	----------------	----------------

食事	昨日の夕食 有( 時 分頃)・無 食事内容( )
	今朝の朝食 有( 時 分頃)・無 食事内容( )

普段の生活	0時       6時       12時       18時       24時
	内容

昨夜の睡眠	よく眠っていた・あまり眠っていない・殆ど眠っていない	*裏面も忘れずに御記入ください
	就寝 時 分 起床 時 分	
主治医からの指示や保護者から連絡事項		

本日迎えに こられる予定の方	氏名	続柄	お迎え予定時間 時 分
実際にお迎えに こられた方のサイン	氏名	続柄	お迎時間 時 分

施設在籍確認欄(施設において記入いたします。)

\*初回利用時に、病院において在籍の事実の確認をいたします。確認できない場合には利用をお断りいたします。

施設名 (家庭福祉員においては、家庭福祉員名)		施設側 対応者		職員確認 サイン	
----------------------------	--	------------	--	-------------	--

# 利用全般に関する同意事項

今回の申込みに際し、以下の事項に同意いたします。

- ① こどもの容態が悪化した場合には、保護者の同意を得て、治療、処置、与薬を行うこと。
- ② 保護者に連絡が取れない場合又は緊急時には、医師の判断において、治療、処置、与薬を行うことがあること。
- ③ こどもの健康に支障をきたさない範囲内での保育と看護を行うこと。
- ④ 保護者は、定められた時刻までにこどもを迎えにくること。また、施設から迎えの要請があった場合には速やかに、これに応じること。

## 与薬依頼書 (処方薬を飲ませて欲しい方のみご記入ください。)

\* 薬剤情報提供書をご提出下さい

処方状況	年 月 日に処方された		日分のうち本日分		薬剤情報提供書の有無				
	あり	なし							
内服薬	水薬	CC	内容	抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ かぜ薬	使用時間	朝 ・ 昼食前 ・ 後 分 ・ 時頃	保管方法	室温 ・ 冷蔵庫	
		CC	内容	抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ かぜ薬	使用時間	朝 ・ 昼食前 ・ 後 分 ・ 時頃	保管方法	室温 ・ 冷蔵庫	
	粉薬	包	内容	抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ かぜ薬	使用時間	朝 ・ 昼食前 ・ 後 分 ・ 時頃	保管方法	室温 ・ 冷蔵庫	
		包	内容	抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ かぜ薬	使用時間	朝 ・ 昼食前 ・ 後 分 ・ 時頃	保管方法	室温 ・ 冷蔵庫	
		お薬の飲み合わせ方		そのまま ・ 水に溶かす ・ その他( )					
		錠	内容	抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ かぜ薬	使用時間	朝 ・ 昼食前 ・ 後 分 ・ 時頃	保管方法	室温 ・ 冷蔵庫	
	錠剤	錠	内容	抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ かぜ薬	使用時間	朝 ・ 昼食前 ・ 後 分 ・ 時頃	保管方法	室温 ・ 冷蔵庫	
		錠	内容	抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ かぜ薬	使用時間	朝 ・ 昼食前 ・ 後 分 ・ 時頃	保管方法	室温 ・ 冷蔵庫	
	外用薬	使用場所			使用時間	必要に応じて ・ 時頃			
		内容	かゆみ止め ・ 保湿剤 ・ 結膜炎 ・ その他( )		使用量	指定無 ・ 位			
	外用薬	使用場所			使用時間	必要に応じて ・ 時頃			
		内容	かゆみ止め ・ 保湿剤 ・ 結膜炎 ・ その他( )		使用量	指定無 ・ 位			
注意事項									

## 持ち物チェックリスト

それぞれの持ち物には必ずお名前をご記入ください。持ちいただいたものはチェック欄にチェックをお願いします。

保護者 チェック欄	持ち物	数量	備考	職員 チェック欄	
<input type="checkbox"/>	江東区病後児保育事業利用登録証	1		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	診察券(お持ちの方)		毎回お持ちください	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	利用料		2,000円を毎回お持ちください	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	児童票	1	初回利用時にお持ちください	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	健康保険証(生保世帯は医療券)		初日利用時にお持ちください	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	乳幼児医療証		初日利用時にお持ちください	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	母子健康手帳		毎回お持ちください	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	スーパーの袋	2枚	汚れ物や使用済みオムツを入れます	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	小さめのビニール袋	数枚	汚れ物や使用済みオムツを入れます	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	着替え(楽な服装、パジャマでも可)	2組	必要に応じて多めにお持ちください	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	紙おむつ・パンツ類	6~7枚	必要に応じて多めにお持ちください	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	お口拭き	2枚	手拭、口拭きに使用します	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	バスタオル	3枚(冬季2枚)	午睡時に使用します	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	ブランケット又は薄手の綿毛布(冬季)	1枚			
<input type="checkbox"/>	昼食(食事、お茶等)	1組	お子さんのお好きな物をお持ちください	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	おやつ(お菓子、ジュース等)	2組	好きな物を2回分お持ちください	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	粉ミルク、哺乳瓶(必要な方のみ)		必要回数分を小分けにしてお持ちください	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	主治医の処方薬・薬剤情報提供書		必要な方のみお持ちください	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	食事用エプロン	2枚	必要な方のみお持ちください	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	よだれかけ	数枚	必要な方のみお持ちください	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	お尻拭き	1組	必要な方のみお持ちください	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	歯ブラシ	1本	必要な方のみお持ちください	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	その他必要な物		使い慣れているおもちゃ等をお持ち下さい	<input type="checkbox"/>	
				受け入れ職員サイン	