

流星台エンジェル保育園病後児保育室
利用申請書

利用児童氏名	ふりがな				男・女
	生年月日	年	月	日生	(満 歳 か月)
利用期間	令和	年	月	日	～ 月 日(日間)
緊急連絡先 <small>※携帯以外にも 職場など必ず 繋がる番号を お書き下さい。</small>	お名前：		続柄：		
	電話番号：				
	お名前：		続柄：		
	電話番号：				
お迎え予定者 時間	氏名：		利用児童との関係 ()		
	時間：	時	分	ごろ	
現在の症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> その他 ()				
症状の経過	症状が出てから現在までの経過をお書きください。				
預かり中の薬の有無	なし ・ あり ※投薬依頼書を記入し一緒に持参してください。				
既往歴	熱性けいれん	あり・なし		座薬の指示	あり・なし ℃以上で使用
	喘息	なし・治療継続中・悪化時のみ治療		吸入の使用	なし ・ あり
	アレルギー	なし ・ あり アレルゲン食材：			
その他 注意事項					

医師より病後児室利用の許可があり、児童の全身状態も安定しているため、
病後児保育に申し込みます。

令和 年 月 日 保護者名 (自署)

令和 年 月 日

病後児保育室医師連絡票

流星台エンジェル保育園 園長宛

つくば市病後児保育事業の利用について、下記のとおり連絡致します。

＜保護者記入欄＞

児童氏名	性別： 男 ・ 女
児童生年月日	年 月 日 歳 カ月
住所	
T E L	
保育園名	
保護者氏名	

＜医師記入欄＞

診断名	
治療の経過 症状の経過	
病後児保育室の 利用の可否	<input type="checkbox"/> 利用可 (病気の回復期にあり、強い感染力がない) <input type="checkbox"/> 条件付きで利用可 () の状態となったら利用可能 <input type="checkbox"/> 月 日から利用可能 <input type="checkbox"/> 利用不可 (病気の急性期にあるため)
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育
隔離の必要性	有 ・ 無
その他注意事項	
病院名 医師名	

同意書・重要事項確認書

流星台エンジェル保育園 病後児室

病後児室は保護者の方に代わり、看護師や保育士が病後の回復期におけるお子様をお預かりする施設です。通常の外来で治療可能な病気にかかれたお子様が対象で医師の医師連絡票に従い安静・与薬の保育をいたします。

皆様が安心してご利用いただけますよう、下記の重要事項をご確認くださいませようお願いたします。

【ご利用にあたっての重要確認事項】

- 1) 予約受付後、来室時の状況により保育ができないと判断した場合は、お預かりできない場合があります。
- 2) 利用者間の感染には最新の注意を払いますが、感染の可能性が全くないということではありません。
- 3) 急変時、お子様の状態により保護者様へご連絡を致します。必ず連絡が取れるようお願いいたします。
- 4) 保育中に病状が悪化し、保育の継続が困難と判断した場合、お迎え時間前にご連絡いたします。早めのお迎えをお願いいたします。
- 5) 当病後児保育室での保育中、必要であればかかりつけ医を受診していただきます。
- 6) 緊急時には病院搬送の判断をし、事後連絡となる場合もあります。通院にかかる費用は保護者様負担となります。
- 7) 当病後児室では点滴などの医療行為は致しません。
- 8) 緊急時の連絡が取れなかったことにより不利益が生じても、当病後児保育室では責任を負いません。
- 9) ご予約のキャンセルは必ずご連絡をお願いいたします。

上記内容の説明を受け、同意いたします。

年 月 日

保護者氏名

児童氏名