

様式第1号

令和 年度 龍翔寺こども園病後児保育利用登録票

登録番号

ふりがな				在園施設名	こども園・幼稚園・小学校
児童名					歳児組(クラス)
生年月日	平成	年	月	日	家庭での呼び名
住所	(〒 - )				自宅電話 ( )
緊急連絡先	父	氏名		携帯電話	
		勤務先		勤務先電話	
	母	氏名		携帯電話	
		勤務先		勤務先電話	
	その他			連絡先	
かかりつけの病院				電話	
アレルギー体質 有・無 (詳細 )					
注意してほしい点					
既往歴 (これまでにかかった病気すべての番号に○をつけてください。)					
1 麻疹(はしか)      2 百日咳      3 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)      4 風疹(三日はしか)					
5 水痘(水ぼうそう)      6 咽頭結膜炎      7 伝染性紅斑(りんご病)      8 溶連菌感染症					
9 血管性紫斑病      10 気管支喘息      11 手足口病      12 ヘルパンギーナ(夏風邪)					
13 突発性発疹      14 感染性胃腸炎      15 乳児嘔吐下痢症      16 結核					
17 川崎病      18 熱性けいれん					
その他					
けが、手術等					
予防接種の状況(受けたものには○をつけてください。)					
BCG 水痘 インフルエンザ 麻疹(はしか) 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 風疹(三日はしか)					
ポリオ(1回目 2回目) 三種混合 1期(1回目 2回目) 2期					

病後児保育を利用するにあたり病状が急変した場合は、施設長の判断で施設嘱託医もしくは専門医等の受診されることを承諾いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名  
住 所  
電 話 番 号

Ⓔ

龍翔寺こども病後児保育事業利用申請書

登録番号		
利用希望年月日	(全日) 令和 年 月 日 から 年 月 日 ( 日間)	
	時 分 から 時 分 まで	
	(半日) 令和 年 月 日 時 分 から 時 分 まで	
ふりがな		年 月 日 生
児童の氏名	(男・女)	( 歳 か月)
通園・通学施設名		
本日の緊急連絡先	1 氏名	続柄 ( )
	電話 ( )	勤務先等名
	2 氏名	続柄 ( )
	電話 ( )	勤務先等名
利用の理由 (保護者について)	1 保護者の勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 災害 6 冠婚葬祭 7 出張 8 学校等の公的行事 9 その他( )	
病 状	1 主な症状に○印をおつけください。 発熱 発疹 咳 喉の痛み 腹痛 下痢 吐き気 頭痛 その他( )	
	2 いつからこの症状がはじまりましたか。経過をお書きください。	
本日の体調	体温 °C	食欲 ( 有 ・ 普通 ・ 無 )
	解熱剤使用の有無 (有・無)	解熱剤最終使用時刻( 月 日 時 分)
	機嫌 ( 良 ・ 普通 ・ 悪 [ ] )	
	睡眠 ( 良 ・ 普通 ・ 悪 [ ] )	
	排便 ( 良 ・ 普通 ・ 悪 [ ] )	
食 事	普通食・胃腸障害食・離乳食(前期・中期・後期)・ミルクのみ	
	アレルギー除去食(除去内容)	
	その他(食事に関する留意点など)	
そ の 他	体質や癖など心配なこと、配慮して欲しいことについて具体的にお書きください。	

令和 年 月 日

龍翔寺こども園 園長 宛

※他の感染症児との同室による罹患の 住 所

可能性があることを理解したうえで、

当事業を利用することに同意致します。 保護者氏名

印

電 話

龍翔寺こども園病後児保育事業診療情報提供書

児童氏名 ( 男 ・ 女 )  
 生年月日 平成 年 月 日

この児童は診察の結果、下記の病気の回復期にあり、病後児保育室の利用が可能と思われます。

該当する病名・症状に○印をお願いします。

1 インフルエンザ	2 咽頭炎	3 扁桃腺炎	4 気管支炎	5 喘息・喘息性気管支炎
6 消化不良	7 感染性嘔吐下痢症	8 自家中毒	9 中耳炎・外耳炎	10 伝染性膿痂疹
11 突発性発疹	12 結膜炎(流行性角結膜炎を含む)	13 手足口病	14 麻疹	15 水痘
16 流行性耳下腺炎	17 百日咳	18 風疹	19 溶連菌感染症	20 その他( )

病名不明の場合

1 発熱	2 下痢	3 嘔吐	4 咳嗽	5 喘鳴	6 発疹	7 その他( )
------	------	------	------	------	------	----------

病後児保育室利用見込期間(回復期間)	本日から	日間程度(5日限度)
--------------------	------	------------

処方内容	薬品名	用量・用法

保育上の留意点	安静	ベッド安静・室内安静・その他( )
	食べ物	特に制限なし・絶食・その他( )
	薬	特になし・処方通り・その他( )
	その他	

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

印