

病児保育室利用申込(同意)書

令和6年3月改訂

社会福祉法人恩賜財団済生会支部富山県済生会
済生会高岡なでしこ保育園 園長 殿

令和 年 月 日

- 病児保育事業の利用について、次の通りに申請します。
- 利用期間中は実施機関の指示に従います。
- 児童の病状悪化等、事業実施機関が利用継続不相当と判断した場合は利用の中止に同意します。

ふりがな		年齢	体重	保護者直筆サイン
児童氏名	男 女	歳 ヶ月	kg	

該当する項目にチェックをお願いします。

初診時または昨日からの様子		薬の飲ませ方について	
体温	昨夜 最終の解熱剤使用時間 <input type="checkbox"/> °C 今朝 日 時 <input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> コップ、キャップ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> スポイド <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 水に溶かす	
症状	<input type="checkbox"/> 鼻水 日前から <input type="checkbox"/> 透明 <input type="checkbox"/> 透明から黄色 <input type="checkbox"/> 黄色から緑色 <input type="checkbox"/> 咳 日前から <input type="checkbox"/> 痛み 日前から <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> のど <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 日 時頃から 最終 日 時頃 <input type="checkbox"/> 下痢 日 時頃から 最終 日 時頃 <input type="checkbox"/> 発疹・湿疹 部位 () <input type="checkbox"/> 熱性けいれん 日 時頃	※何かに混ぜて飲んでいるお子様は、 混ぜるものをお持ちください。	
		3歳未満のお子様について	
食事の様子		<input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 一人で食べるがたべこぼしあり <input type="checkbox"/> 一人で食べる (<input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> はし) <input type="checkbox"/> ミルク ml 時間おき 最終哺乳時間 時 分	
尿	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない	排便	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 排泄知らせる
便	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やわらかい <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様 最終 日 時		<input type="checkbox"/> パンツ (<input type="checkbox"/> 手助け必要 <input type="checkbox"/> 自立)
水分	<input type="checkbox"/> とれる <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> とれない	排便	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 排泄知らせる
食事	<input type="checkbox"/> とれる <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> とれない		<input type="checkbox"/> パンツ (<input type="checkbox"/> 手助け必要 <input type="checkbox"/> 自立)
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時々起きる <input type="checkbox"/> 不眠		
機嫌	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> ぐったりしている		
<input type="checkbox"/> 解熱剤を保護者に代わって使用を希望する <input type="checkbox"/> 保護者に代わって医師からの処方投薬を希望する ※希望される場合は必ず薬剤情報提供書(おくすり手帳)をお持ちください。 ☆症状が続く場合、翌日も利用を希望されますか はい(予約状況により利用できない場合もあります) ・ いいえ			

利用料	雑費	200円	✓	おむつ	100円	昼食	300円	合計	担当
	1日	2000円		半日	1000円	済生会 在園児	1000円	円	

★雑費は必須になります

緊急連絡先	名前	勤務先、連絡先名	電話番号
①			
②			

お迎え 続柄 () 時 分頃 お迎えが遅くなる場合はご連絡ください。

食事依頼書		災害時引き渡し			
月日	令和 年 月 日	引き渡し者 (月/日)	病児との関係	引き取り者	帰る場所
名前 年齢	幼児 (普通) 食	<input type="checkbox"/> ごはん <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> 麺類 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 荒きざみ <input type="checkbox"/> 細きざみ			
	離乳食	<input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> 麺類 <input type="checkbox"/> 荒きざみ <input type="checkbox"/> 細きざみ <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期			
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ライン除去 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				

☆済生会高岡病院からの連絡表と、投薬を希望される方は薬剤情報提供書を添えて病児保育室までお持ちください。