

カーム・ルーム病児保育室利用申請書兼 児童票

令和 年 月 日

登録番号		<input type="checkbox"/> サニーサイド <input type="checkbox"/> 企業枠 <input type="checkbox"/> 外来園		<input type="checkbox"/> 要無償化領収書	
ふりがな 氏名		男 女	生年月日	年 月 日 生 歳 月 日 か 月	
保護者	父・氏名	(歳)	お子さんの愛称		
	母・氏名	(歳)			
	自宅住所	(〒 -)			
	自宅電話	()			
きょうだい	氏名	歳 (男・女)	氏名	歳 (男・女)	
緊急連絡先	①	氏名 (続柄)	②	氏名 (続柄)	
		勤務先		勤務先	
		勤務先電話		勤務先電話	
		携帯番号		携帯番号	
園・学校名					電話
主治医名					電話
これまでの病気	※かかったことのある病気に○をつけてください。				
	1. 熱性痙攣	: 初回 歳 ヶ月	最後は 歳 ヶ月	(これまでに 回)	
	2. 喘息	: 継続治療中(薬・吸入)・悪化時のみ治療			
	3. 喘息様気管支炎	: 継続治療中(薬・吸入)・悪化時のみ治療			
	4. アトピー性皮膚炎	: ない・ある (治療は 内服薬・食事療法)			
	5. 突発性発疹	6. 中耳炎	7. りんご病		
	8. ヘルペス歯肉口内炎	9. 手足口病	10. 川崎病		
11. 溶連菌感染症	12. その他()				
入院したこと	なし・あり (病名	歳 ヶ月)			
	(病名	歳 ヶ月)			
常時服用薬	なし・あり				
	※ある場合のみ下記に記入してください。 (喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で常時服用しているお薬があれば具体的にお書きください) ・種類: ・内服時間:				
アレルギー	食物アレルギー	1. 卵(つなぎ可・完全除去) 2. 牛乳・乳製品(つなぎ可・完全除去) 3. 小麦(調味料可・完全除去) 4. 大豆(調味料可・完全除去) 5. 鶏・牛肉・その他:			
	なし・あり	※避けてほしい食品があればご記入ください。			
	薬物アレルギー	なし・あり ()			

感 染 症 歴	はしか： 歳 ヶ月	水ぼうそう： 歳 ヶ月	おたふくかぜ： 歳 ヶ月	
	百日咳： 歳 ヶ月	溶連菌感染症： 歳 ヶ月		
	B型肝炎： 歳 ヶ月 (キャリアーでない)			
	その他(具体的に)			
周 産 期	妊娠中の異常 (なし・あり _____)			
	出生時の異常 (なし・あり)	出生体重	g	
	出生は (予定通り・ _____ 日 早かった・遅かった) (在胎 _____ 週)			
乳 児 期 の 発 達	首のすわり： ヶ月	おすわり： ヶ月	一人歩き： ヶ月	
	栄養法 (母乳・人工・混合)			
	離乳食開始時期 前期： ヶ月	後期：	ヶ月	
	幼児食： ヶ月			
	人見知り： ヶ月	母親の後追い： 歳 ヶ月		
	初語(意味のある言葉)： 歳 ヶ月			
予 防 接 種	三(四)種混合	1回目 年 月 ・ 2回目 年 月 ・ 3回目 年 月 ・ 追加 年 月		
	Hib ワクチン	1回目 年 月 ・ 2回目 年 月 ・ 3回目 年 月 ・ 追加 年 月		
	肺炎球菌	1回目 年 月 ・ 2回目 年 月 ・ 3回目 年 月 ・ 追加 年 月		
	BCG	年 月		
	ポリオ	1回目 年 月 ・ 2回目 年 月		
	不活化ポリオ	1回目 年 月 ・ 2回目 年 月 ・ 3回目 年 月 ・ 4回目 年 月		
	ロタウイルス	1回目 年 月 ・ 2回目 年 月 ・ 3回目 年 月		
	B型肝炎	1回目 年 月 ・ 2回目 年 月 ・ 3回目 年 月		
	MR I 期	年 月	MR II 期	年 月
	おたふくかぜ	年 月	水ぼうそう	年 月
	日本脳炎	1回目 年 月 ・ 2回目 年 月 ・ 追加 年 月		
お 子 さ ん の 様 子	薬の飲ませ方	<ul style="list-style-type: none"> ・ スプーンで飲む ・ そのまま飲む ・ ゼリー、アイスに混ぜる ・ その他(_____) 		
	水分のとり方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 哺乳ビン使用 ・ スプーン、ストローで飲む ・ コップで飲む 		
	ご飯の食べ方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分で食べる(スプーン、フォーク・お箸) ・ 食べさせている 		
	便・尿の仕方	<ul style="list-style-type: none"> ・ オムツ ・ トレーニング中 ・ トイレでできる(一人で拭ける・拭けない) 		
	お昼寝の仕方	<ul style="list-style-type: none"> ・ トントンされて眠れる ・ 特定の物(毛布、ぬいぐるみなど)を持って眠る ・ 一人で眠れる ・ その他(_____) 		
そ の 他	※心配なこと、配慮してほしいことなどがありましたらお書きください。			

サニーサイドナーサリー 病児保育室 カーム・ルーム

同意書・重要事項確認書

病児保育室では、保護者の方に代わり、看護師・保育士が病気の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られたお子様が対象で(麻疹「はしか」・流行性角膜炎「流行性目」等の感染症が非常に強い疾患は対象外)、かかりつけ医からの指示に従い、安静・投薬の療養をいたします。皆様が安心してご利用いただけるよう、ご利用にあたって下記の重要事項をご確認くださいませようお願いいたします。

ご利用にあたっての重要確認事項

- 1 利用前日予約受付後、当日の朝の症状により保育が出来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細心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いたします。
- 4 保育中に病状が悪化し、保育の継続が困難になった時には、予定時間前でもお迎えをお願いします。
- 5 当病児保育室では、点滴などの医療処置はいたしません。
ただし、喘息の吸入処置は、医師連絡票のかかりつけ医の指示がある時に行います。
- 6 当病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。
- 7 緊急時には、事後承諾で先に受診する場合があります。(別途、費用がかかります)
- 8 特別な理由がなく1歳以上で水痘ワクチン・MRワクチン(麻疹・風疹混合ワクチン)・BCGの接種をしていない方は、他の方の感染リスクを考慮し、お預かり出来ません。
- 9 ご利用当日は、必ず連絡が取れるようお願いいたします。
- 10 緊急連絡が取れなかったことにより不利益が生じても、当病児保育室では責任を負いません。
- 11 事故・災害などのやむを得ない事情を除き、連絡のない遅刻を繰り返す場合は次回からのご利用をお断りすることがあります。
- 12 1通のかかりつけ医による医師の連絡票は3日間有効です。(土日祝日を含まず)
- 13 原則として、1回の利用で病名の変更がない場合、利用当日を含む3日間の予約が可能です。
- 14 体調等による予約のキャンセルは可能ですが、必ずご連絡をお願い致します。(電話は当日の8時まで)
また、他の病児保育とのダブルブッキングによるキャンセルはキャンセル料が発生いたします。ご注意ください。
- 15 事前のご連絡なしに、ご利用をキャンセルされた時には、登録を抹消させていただく場合があります。
- 16 災害等により他の場所へ避難をした場合には、当病児保育室入口に避難先を掲示いたしますので、お迎えは指定避難場所(修猷館高校)をお願いいたします。
- 17 当病児室は無償化対象事業です。対象者は施設利用証明・領収書を発行いたします。

与薬に関して

- 1 処方薬については、別紙「与薬依頼書」に記載された薬を預かります。
その他の薬については、預かることは出来ませんので、ご注意ください。
- 2 処方の変更や追加が発生する場合は、同じく医師の証明が必要となります。
- 3 薬剤情報提供書(お薬の説明書き)をお持ち下さい。(返却致します。)
- 4 薬は1回分ずつ記名しお持ち下さい。(当日分の薬についてのみお預かりします。)

上記内容を確認し、承諾の上ご署名をお願いいたします。

年 月 日

保護者サイン

Ⓢ

児童氏名

生年月日

住所

(説明者)