

サニーサイドナーサリー・カーム・ルーム病児・病後児保育利用連絡票

児童の氏名		令和	年	月	日	(歳)	男 ・ 女
住所		在園名 ☐ サニーサイド ☐ サニプラ ☐ 外来園名 保育園					

太枠内は医師が記載してください

医師より裏面の説明を受けた上で、病児・病後児保育を申し込みます

該当する病名・症状に○印をお願いします			
(病名)		(症状)	(迅速診断) ※下記は解熱後利用可
01 急性上気道炎	10 咽頭結膜炎	01 発熱	インフルエンザ (A / B)
02 気管支炎	(プール熱・アデノウイルス)	02 下痢	アデノウイルス (+ / -)
03 急性胃腸炎	11 溶連菌感染症	03 嘔吐	RS ウイルス (+ / -)
04 手足口病	12 ヘルパンギーナ	04 咳嗽	ロタウイルス (+ / -)
05 おたふくかぜ	13 RS ウイルス	05 喘鳴	マイコプラズマ (+ / -)
(流行性耳下腺炎)	14 ヒトメタニューモ	06 発疹	ヒトメタニューモ (+ / -)
06 みずぼうそう(水痘)	15 その他	07 その他	その他
07 麻疹	()	()	()
08 インフルエンザ			
食事	普通食・下痢食 ミルク・離乳食 (生後5~6ヵ月頃 ・ 7~8ヵ月頃 ・ 9~11ヵ月頃 ・ 12~18ヵ月頃) アレルギー食 (除去内容)		
隔離の有無	1. 病児・病後児保育室の集団保育が可能 2. 隔離室での保育が必要 (他の病気の児童との接触は避ける)		
処方内容	お薬手帳 有 無 () ※お薬手帳がない方は、処方されているお薬の内容をご記入下さい。		
その他	食事・安静度以外で配慮すべきことがありましたらご記入ください		
利用期間	日間程度 ※記入日を含め最大3日間 (土日祝は含まず)		
この児童は診察の結果、上記の病中または病気の回復期にあり 病児保育室 病後児保育室 の利用が可能と思われます 上記のいずれかに○をつけてください ※病児・病後児保育の違いについては裏面に簡単な説明があります ※症状に変化があった場合はご連絡しご指導をいただく場合があります。			
医療機関	医療機関名 所在地 TEL		
令和 年 月 日		医師名	印

病児保育と病後児保育について

「病児保育」・「病後児保育」の違いについて当園では以下のように考えています。
病児・病後児保育室の選択時の参考にしてください。

病児保育とは	病後児保育とは
未だ病気の「急性期」にある子どもも対象とすることができる保育看護事業	原則として病気の急性期を過ぎ、「回復期」及び症状が軽い子どもを対象とした保育看護事業
医師が常駐していない保育園併設型の当園でもかかりつけ医師、もしくは当園指導医と連携し、看護師、保育士の見守りのもと保育が可能と判断される場合。	医師が常駐していない保育園併設型の当園でもかかりつけ医師、もしくは当園指導医と連携し、看護師・保育士の見守りのもと保育が可能と判断される場合。
急性期にあっても入院に至らないケース。	病状がある程度安定し、回復期にあるもの。
病気の回復期及び急性期の治療中であり、集団保育が不可能な場合、かかりつけ医師もしくは、当園指導医の判断により医師不在中であっても看護師・保育士の見守りのもとで保育を行うことが可能と考えられる場合。	病状により、まだ集団生活を送ることに支障があり、安静・観察を要するとかかりつけ医師が判断したもの。且つ、医師不在であるが、看護師・保育士とで保育を行うことが可能な場合。
	状態が安定していて急変する可能性の低い児を、利用児同士がお互いに病気を感染させる可能性のない状況でお預かりできる場合

病児室を利用できない場合

- ① 38.5℃以上の発熱が続いている場合
- ② 嘔吐・下痢がひどく脱水症状の兆候がある場合（排尿が見られない等）
- ③ 咳・喘鳴（ゼーゼー）がひどく呼吸困難である場合・喘息発作中等度以上
- ④ ほとんど食べたり、飲んだりできない場合
- ⑤ 点滴などの医療行為を行っている場合
- ⑥ 免疫抗生剤の投与中であって免疫機能が著しく低下している場合
- ⑦ 熱性けいれん後48時間以内・てんかん発作が頻回に起こっている場合
- ⑧ 医師の診察により、利用不可と判断された場合
- ⑨ 医師による診察と診断を受けていない場合
- ⑩ 所定の連絡票を園に提出できない場合
- ⑪ 新型コロナウイルスに関して
 - 感染が確定した病児
 - 家族に新型コロナウイルス感染確定者、または濃厚接触者がいる病児
（例：父親が勤務先で感染者と濃厚接触、健康観察中である）
 - 家庭内に未診断の気道症状有症者、発熱者がいる場合
 - 症状から新型コロナウイルス感染が疑わしい病児

カーム・ルーム病児保育 指導協力医

院名 あきもとこどもクリニック
医師 増野 ちひろ
住所 〒814-0011 福岡市早良区高取1丁目 28-24 セラ藤崎
電話番号 092-852-2580

※この書面は医療機関で取得される場合は、手数料等ご自身でご負担いただく場合がございます。

ご不明な点は、以下にお問い合わせください。

※サニーサイドナーサリー病児保育室カーム・ルーム
住 所 : 〒814-0002 福岡市早良区西新5-15-40-2F
TEL : 092-519-7586 (月～金9:00～17:00)
担 当 : 看護師 林/河野/石橋 まで

家庭連絡表

※昨夜～登園の時間までの様子を保護者をご記入の上登園ください



- ☆ お名前.....
- ☆ 体温→.....℃ 機嫌→ 良 普通 悪.....
- ☆ 鼻汁→ 有 (透明・黄色) なし.....
- ☆ 咳→ 有 (コンコン・ゼコゼコ・グツグツ) なし.....
- ☆ 下痢→ 有 (一日 回程度) なし.....
- ☆ 湿疹→ 有 (痒がる 痒がらない) なし.....
- ☆ 食欲→ 有 普通 あまりなし なし.....
- ☆ 本日の朝ごはん→ 食べた 少し食べた 食べない.....
- 朝ごはんの内容(.....)
- ☆ 解熱剤の使用(使用した→ 座薬 内服薬 最終.....時頃使用した)
- ☆ 注意事項 お願い事等あればご記入をお願いします。

★ 前日の様子

★ 通常の風邪の時の様子

★ お薬の飲み方

★ 吐いた時はどうしますか？

お迎えの予定時間： :

☆ 本日の緊急連絡先

氏名	続柄	電話番号

病児室連絡表

担当看護師

本日の病児室での様子

☆ 入室時間 (: ~ :)

☆ 鼻汁→ 有 (透明・黄色) なし

☆ 咳→ 有 (コンコン・ゼコゼコ・グツグツ) なし

☆ 下痢→ 有 (一日 回程度) なし

☆ 湿疹→ 有 (痒がる 痒がらない) なし

☆ 午睡時間→ (: ~ :) (: ~ :)

☆ 食欲→ 朝おやつ /10

昼ごはん /10

午後おやつ /10

☆ 解熱剤の使用 (使用した→ 座薬 内服薬 最終 時頃使用した)

☆ 体温→ : °C

: °C

: °C

: °C

: °C

: °C

☆ 園での様子



☆ 病児保育料領収証 ☆

保育料/ 1 時間	利用時間	給食	病児保育料合計
☐ 在園児・卒園生 700 円 ☐ 企業従業員枠 500 円	×	☐ 500 円 ☐ 弁当持参	=

与薬依頼書

年 月 日

カーム・ルーム 担当看護師 様

下記の児童について、医師の診察を受けたところ、下記の保護者記入欄の内容のと通りの指示がありましたので、私に代わって保育所での与薬をお願いいたします。

持参した薬は、

- ① 医師が処方した薬です。お薬手帳も持参しています。
- ② 薬は1回分ずつに分けてあります。当日分のみ持参しました。
- ③ 薬の袋や容器に子どもの氏名を明記してあります。

記

<保護者記入欄>

児 童 氏 名			
医 療 機 関 名	病院名：_____ 主治医：_____ 連絡先：_____		
病 名 (症 状)			
薬 剤 名			
薬 の 処 方 日	年 月 日 (日 分)		
薬 の 保 管 方 法	常 温 ・ 冷 蔵 庫 ・ そ の 他 (_____)		
	粉 末 (種 類 袋) シロップ (種 類 瓶) そ の 他 (_____)		
	与薬時間	朝 服用済 (:) or 未服用 昼 昼食前 or 昼食後 or おやつ後 ・ そ の 他 (_____)	
そ の 他 の 薬 に つ い て	種 類 (_____)		
	使用部位 (_____)		
	使用時間 (_____)		

<保護者確認事項>

上記の保護者記入欄の内容は、正確であり、記入漏れはありません。

上記児童の症状等により、緊急連絡先に基ついて保護者等に連絡することを承諾します。

上記児童の症状等により、主治医等関係者に必要な事項を連絡・照会することを承諾します。

なお、与薬に伴い生じた一切の結果に関するすべての責任は私が負うものとし、与薬に関わった者の責任を問うことはありません。

保護者氏名 _____ 印

緊急連絡先 _____

<保育所記入欄>

与 薬 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
受領者サイン						
与薬者サイン 及び与薬時間	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：	サイン： 与薬時間：
保護者サイン						

与薬が終わりましたら、この与薬依頼書は保育所で保管します。