

Sunnyside Nursery

病児・病後保育室 Calm Room (カーム・ルーム)

企業主導型保育事業、サニーサイドナーサリーPlus+の附属施設として、病児・病後児保育室『Calm Room(カーム・ルーム)』を併設しております。

病児保育とはお子様が風邪などでの発熱、感染症で登園できない時・集団生活が困難な期間にお子様をお預かりし、保護者が仕事を休まず安心して働くことが出来る「子育て支援」事業です。

サニーサイドナーサリーPlus+向い、オフィス隣のドアが病児・病後保育室専用の入口です。病児保育スタッフは看護師 2 名+保育士 2 名が必要に応じてサポートします。

○ ご利用の事前登録

・ご利用の前に事前登録が必要です。(病児に関するお問合わせ時間：平日 10 時～16 時)

- ・登録に必要なもの：健康保険証/乳幼児医療受給者証のコピー
1-①利用申請・1-②重要事項確認書

※アレルギーをお持ちの場合は、アレルギー医師の診断書 ※全てコピーをいただきます。

・利用申請書をご提出いただき、病児利用に必要な書類を引き換えにお渡しいたします。

○ ご利用できる方

満 1 歳から就学前までのお子様で前日までに病院を受診されている方

※卒園生と従業員のお子様は小学 6 年生まで利用できます。

○ 指導医

大濠みなと耳鼻咽喉科・小児科アレルギークリニック 増野 ちひろ医師 092-711-9925
常駐ではありません。看護師スタッフが状況に応じお電話でご指示を仰ぎます。

○ 定員

・定員は 病児 1 名・病後児 2 名です。

ただし当日の利用状況によっては定員に達していなくてもお預かりできないことがあります。

○ ご予約方法

・病院を受診

かかりつけの病院を受診して医師連絡票を記入してもらってください。

※病院により手数料がかかることがあります。

当日の病児のお預かりは出来ません。受診翌日以降、予約の上でのご利用となります。

ただし、病児・病後保育室の利用が出来ないと判断された場合は受付できません。

・お電話で仮予約

病児保育室『Calm Room』092-519-7586 (保育園にて受付)

ご利用日の前日お電話でご予約ください。担当看護師より症状等を簡単にお聞きします。

医師の連絡票がある場合は記入内容をお聞きしますので、お手元に置いてご連絡ください。

※このお電話の時点では利用確定ではありません。

・キャンセルについて

ご利用当日キャンセルをされる場合は朝 8 時までにお電話にてご連絡ください。

※サニーサイド利用者、当社従業員を優先させていただきます。

・継続利用

翌日もご利用される場合はお帰りの際にお知らせください。

継続利用は最大 3 日間までとさせていただきます。3 日以上ご利用の場合は再度病院に受診後、改めてご予約をお願いいたします。

○ご利用、予約できる日時・時間

ご利用時間：月曜日～金曜日 9 時～17 時（土・日・祝、お盆、年末年始はお休みです）

予約受付時間：前日 17 時まで *月曜日のご予約は、前々日の土曜日 16 時までサニーサイド
ナーサリー&プレスクール（092-833-7117）にお電話ください。

時間の延長は出来ません。時間は必ずお守りください。お守り頂けない場合は次回のご利用をお断りする場合があります。※緊急時の延長は 30 分 1500 円

○ご利用料金

ご利用料金は、9 時～12 時まで 1,000 円、9 時～17 時まで 3,000 円

※保育中緊急に診察が必要になった場合、診察代、タクシーなどの移動費等、自己負担が必要な場合は実費費用をご請求させていただきます。

○ 昼食について

※症状にもよりますが、ご自宅よりお弁当・離乳食をご持参ください。

アレルギーが無い場合は、給食の予約も可能です。ただし、献立を体調に合わせることはできませんので、ご了承ください。

給食の提供をご希望の場合は、給食の予約をした上で、11 時までにご登園ください。

○ 持ってきていただくもの（①～③は申請書提出時にお渡しします）

①医師の連絡票（2-①）・②家庭連絡票（2-②（左側の家庭欄をご記入ください））

③与薬依頼書（2-③）・母子手帳・お薬・薬の説明書（お薬手帳）・健康保険証

・乳児医療証

・あれば解熱剤（飲み薬または座薬）

・着替え一式（2 組程度）・バスタオル（1 枚）・フェイスタオル（2 枚）

・お気に入りのおもちゃ・ぬいぐるみをご持参いただけます

・当施設はアレルギー食には対応していません

お弁当と 2 食分のおやつをご持参ください

・病児の昼食については、ゼリーや OS-1 などお子さんが食べやすい物、
飲みやすい物の持参が可能です

<サニーサイドナーサリー所属以外の園児、乳・幼児は以下も必要>

・オムツ（10 枚程度）・おしりふき

・ミルク（必要な方）・哺乳瓶（必要な方）

○ 病児保育『Calm Room』Q&A

病児保育室『カーム・ルーム』によくあるご質問にお答えします。

Q1. 利用の予約は何日前からとれますか？

A：前日の8時から予約できます（受付時間 8時～17時）。

保育園月極利用者でも、すでに定員に達している場合は利用をお断りさせていただきますので早めに保育士までご相談ください。

Q2. 予約は何日間とれますか？

A：最大3日間継続利用できます。3日以上ご利用の場合は再度病院を受診後、改めてご予約をお願いいたします。お部屋の利用状況によりお受けできない場合があります。

Q3. キャンセルの連絡はいつまでにすればいいですか？

A：ご利用したい方をできる限りお預かりするためにも、当日8時まで、もしくは利用ができないことが判明次第すみやかにご連絡をお願いいたします。

Q4. 風邪で3日間予約しましたが、熱が下がったので2日目はキャンセルして保育園に行かせました。

まだ熱が上がるかもしれないので、念のため3日目は予約したままにしたいのですが、可能ですか？

A：状態が良くなり一度、園や学校に行かれた場合はキャンセル扱いにさせていただきます。他にご利用したい方をできる限りお預かりできるようご協力をお願いいたします。まだ熱が上がる心配がある場合は、2日目のご利用をお勧めいたします。

Q5. 満室で利用できないことはありますか？

A：満員でお断りする可能性はございます。

Q6. 病児保育を利用して病気がうつることはありますか？

A：利用児同士の感染は十分注意しておりますが、絶対にうつらないということはありません。マスクができるお子様はマスクを着用することをお勧めいたします。感染症の場合は、予約時担当看護師によるヒアリングによりお受けできない場合もございます。他の病気でも医師の指示で隔離が必要と判断された場合は隔離室で過ごす事になります。換気をこまめに行い、おもちゃを部屋ごとで分け、こまめに消毒を行っています。

Q7. 給食はどのようなものですか？

A：保育園と同じ献立表に沿った普通食となります。別途うどんなどの提供は行っておりません。

離乳食はキザミ食、粗キザミ食も対応しております。

Q8. 離乳食対応はできますか？

A：離乳食も可能な限り対応いたしますが、細かい個別食などは対応できませんので必要な方はご持参ください。

Q9. 子どもにアレルギーがありますが、給食の除去食はできますか？

A：アレルギーがある方はお弁当、おやつをご持参ください（保育園月極利用の方は保育園利用時と同対応）。

Q10. お迎えが遅くになりそうなのですが、預かりの延長はできますか？

A：利用時間は、平日9時～17時となっており、延長のお預かりは別途料金がかかります。

☆重要なお願い・お知らせ☆

- 病児保育利用申請などの手続き上、児童育成協会にお子様のお名前などを報告させていただきます事があります。
ご利用に関していただきました個人情報、個人情報保護の観点から適正に管理させていただきます。
- 予約時の病状からお預かり時の病状に変化があった場合、状況によってはお預かりが出来ない事があります。
- 病院併設型の病児保育とは違い、医師は常駐しておりません。保育中に病状が悪化して、保育の継続が困難になった時は予定時間より前でもお迎えをお願いします。
- ご利用者同士の感染がないよう努力いたしますが、施設の構造上避けられない面もあることをご理解ください。
- 当日の利用状況により、隔離室利用となっている場合でも同じ感染症のお子様と同室の保育になることがあります。
- 麻疹ワクチン（麻疹風疹混合ワクチン）の接種が済んでいない方は、他の方の感染リスクを考慮して、お預かりをお断りする事もあります。
- 緊急の場合、かかりつけ医を受診させていただく場合があります。その場合のタクシー代は実費でご請求させていただきます。医療費の支払いも、一旦立て替えた後で利用料金と合わせて精算させていただきます。
- 事故のないよう全力で安全につとめておりますが、万が一のことを考慮し保険に加入しております。
- 大規模災害などの場合 修猷館高校を緊急避難場所に指定しております。
- 苦情対応窓口、解決責任者は 浅野寿子とさせていただきます。なにかありましたら、ご相談ください。

Sunnyside Nursery Plus+

病児・病後児保育室 Calm Room

TEL : 092-519-7586 FAX : 092-519-2381

Mail : sunnyside7117@gmail.com



ご利用の流れ

登録

事前に書類をご記入のうえ、サニーサイドまでご持参ください。
申請書と引き換えに書類をお渡しします。
書類にご捺印のうえ、保険証及び乳幼児医療証をコピーしてご持参ください。

受診

ご利用前までにかかりつけの病院を受診し、医師の連絡票、兼申込書を記入頂いてください。

仮予約

下記の番号にお電話で仮予約をしてください。サニーサイドナーサリーPlus+附属

サニーサイドカーム・ルーム（092-519-7586）

医師の連絡票を記入してもらっている方は内容をお聞きしますのでお手元に置いてご連絡ください。
受診前に仮予約されている場合は受信後に必ず医師の連絡票の内容を当施設までお知らせください。

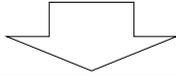
キャンセルの場合は当日の朝 8 時までにご連絡ください。

キャンセル連絡は決まり次第すみやかにご連絡をお願いいたします。

連絡のないキャンセルが重なる場合、次回からのご利用をお断りする場合がございます。

利用当日

医師の連絡票・家庭連絡票・与薬表をご記入し、持ってくるものを確認してください。
お預かりの際に看護師から当日の様子などを聞き取りいたしますので、時間に余裕をもって
お越しください。



保育

お子様の月齢・病状に応じて遊びを取り入れながら病気の回復に配慮して過ごします。

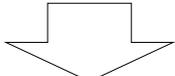
昼食後12時～15時まではお昼寝の時間となります。お昼寝の習慣のないお子様も体を休める意味でお布団に横になって過ごしていただきます。

お薬がある場合は保護者の指示にて与薬いたします。

原則として受診が必要なほどの急変がある場合はお迎えをお願いいたします。緊急を要する場合で当施設から受診した場合は、タクシー代のご請求をさせていただきます。また、診察代・お薬代など支払いがあった場合は、当施設で一度立て替えますので、お迎えの際に利用料と合わせてお支払いください。医師は常駐しておりませんので、ご了承ください。

連続してのご利用は3日までです。それ以降は、再度ご予約と医師の連絡票兼申込書のご提出が必要です。

保育中のお子様の様子をお聞きになる場合や、お迎え時間の変更等がある場合はお電話でご連絡ください。(092-519-7586)



お迎え

お迎えは17時までをお願いいたします。

2階病児室で書類をお渡ししますので、月末に病児保育用の雑費袋にて精算をお願いいたします。

担当看護師より本日の保育日誌のお渡し、1日の様子、残薬などの説明があります。

(所要時間5～10分) 次回利用の書類をお渡ししますので、必ず保管ください。

お預かりの荷物の返却、明日以降の予約の確認を済ませ、終了となります。

【病児・病後児保育室 Calm Room 指導医のご紹介】

大濠みなと耳鼻咽喉科・小児科アレルギークリニック

増野 ちひろ先生

※受診に関わるその他費用は保護者負担。かかりつけ医など他の病院を受診される場合の発行手数料は保護者負担になる場合があります。費用は受診される病院にご確認ください。

カーム・ルーム病児保育室利用申請書兼 児童票

年 月 日

登録番号		<input type="checkbox"/> サニーサイド <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 歳 月 日	生 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	か月	最後は	歳	か月	(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 月 日)				
	(病名				歳 月 日)				
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	なし ・ あり							
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 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: </div>							
	※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 か月	水ぼうそう: 歳 か月	おたふくかぜ: 歳 か月		
	百日咳: 歳 か月	溶連菌感染症: 歳 か月			
	B型肝炎: 歳 か月 (キャリアでない)				
	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		
乳 児 期 の 発 達	出生は (予定通り・ _____ 日 早かった・遅かった) (在胎 _____ 週)				
	首のすわり:	か月	おすわり:	か月	
	一人歩き:	か月			
	栄養法	(母乳・人工・混合)			
	離乳食開始時期	前期: か月	後期: か月		
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 様 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「流行り目」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す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、医師連絡票に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 かかりつけ医による1通の医師の連絡票は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 ご予約のキャンセルは可能ですが、必ずご連絡をお願いいたします。(電話は当日朝8時迄にお電話ください)
- 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」に記載された薬をお預かりいたします。
予約依頼書に無い薬・市販薬については、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、新たに与薬依頼書が必要となります。
- 3 お薬手帳又は薬剤情報提供書(お薬の説明書き)をお持ちください。(返却いたします。)
- 4 薬は1回分ずつ記名しお持ちください。(当日分の薬についてのみお預かりいたします。)

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

印

児 童 氏 名

生 年 月 日

住 所

サニーサイドナーサリー・カーム・ルーム病児・病後児保育室利用連絡票

児童の氏名		平成 ・ 令和 年 月 日 (歳) 男 ・ 女
住所	在園名 <input type="checkbox"/> サニーサイド <input type="checkbox"/> サニプラ <input type="checkbox"/> 外来園(保育園/学校名) ()	
TEL		

下記、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 02 気管支炎 03 急性胃腸炎 04 手足口病 05 おたふくかぜ (流行性耳下腺炎) 06 みずぼうそう(水痘) 07 麻疹 08 インフルエンザ	10 咽頭結膜炎 (プール熱・アデノウイルス) 11 溶連菌感染症 12 ヘルパンギーナ 13 RS ウイルス 14 ヒトメタニューモ 15 その他	01 発熱 02 下痢 03 嘔吐 04 咳嗽 05 喘鳴 06 発疹 07 鼻水 08 その他
		インフルエンザ (A / B / -) アデノウイルス (+ / -) RS ウイルス (+ / -) ロタウイルス (+ / -) マイコプラズマ (+ / -) ヒトメタニューモ (+ / -) その他
食事	普通食 ミルク・離乳食 (生後5~6カ月頃 ・ 7~8カ月頃 ・ 9~11カ月頃 ・ 12~18カ月頃) アレルギー食 (除去内容)	
隔離の有無	01 病児・病後児保育室の集団保育が可能 02 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ください	
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)	
医療機関	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 医療機関名 所在地 TEL 令和 年 月 日 医師 印	

(この用紙は必ず両面コピーしてお使いください)

※この書面を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

保護者氏名 _____ 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
<p>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</p> <p>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</p> <p>急性期にあっても入院に至らないケース</p> <p>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</p>	<p>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</p> <p>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</p> <p>病状がある程度安定し、回復期にあるもの</p> <p>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・保育士の見守りももて保育を行うことが可能な場合</p> <p>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</p>

実例から考える病児保育利用と病後児保育利用のケース

病児保育利用ケース	病後児保育利用ケース
<p>例1. 前日38℃の発熱で途中降園、翌朝37.8℃で登園 昼までどうしても仕事の都合がつかず預かるが、食欲まったく無し・38.1℃でくずりありというケース</p> <p>例2. 前夜・今朝ともに嘔吐があり、食欲がない状態 微熱があり、元気がない 日中、パンと水分のみ接種 13:00～17:00眠って過ごしたケース</p> <p>例3. 数日前より、下痢5～6回/日程度続き、熱はないが、食欲がなく1日不機嫌で過ごしたケース</p>	<p>例1. 前日38.0℃台の高熱があったが、朝は平熱になり機嫌もよいもう1日、様子をみた方がよいと思われるケース 鼻水・咳がひどい場合</p> <p>例2. 前日、喘息発作があり、吸入・点滴などの処置を受けて症状は落ち着いているが、もう1日安静にして様子をみた方がよいと思われるケース</p> <p>例3. やけどや骨折の後、症状が安定しているが集団行動は不可能な状態の時</p> <p>例4. 肺炎で1週間入院。退院後自宅安静 内服加療を主治医より指示されたケース</p>

当園病児保育 指導協力医

大濠みなと耳鼻咽喉科・小児科アレルギークリニック
医師 増野 ちひろ 先生
住所：〒810-0075 福岡県福岡市中央区港2丁目9-9 TAIHOUビルII
電話番号：小児科Tel. 092-711-9925

※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・病後児保育室カーム・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：担当看護師まで

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。