

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

(この用紙は必ず両面コピーしてお使いください)

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
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 急性期にあっても入院に至らないケース 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	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 病状がある程度安定し、回復期にあるもの 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って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

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
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 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 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	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 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 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 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

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。