

利用申込書

株式会社サンライズモーターズ 内閣府所管 企業主導型保育事業 太陽のパダワン病
児・病後児保育室の利用を次の通り申請します。

この申請書を実施施設で使用する事及び市が、実施施設より利用状況（利用年月日、
病名）の報告を受ける事に同意します。

令和 年 月 日

(宛先) 太陽のパダワン 園長 殿

申請者（保護者） 住所

氏名

㊟

申請児童名	性別	生年月日	愛称
	男 女	年 月 日生 歳 ヶ月	
保護者氏名	続柄	連絡先（自宅）	緊急連絡先
		TEL	TEL
		TEL	TEL
		TEL	TEL
保育所（園）名	TEL		
主治医名	医院名 TEL		
健康報告書以外で注意・配慮が必要な事があればご記入ください			

-----園記入欄-----

○利用料：	円	○利用開始日：	年 月 日
-------	---	---------	-------

上記の申請を受け、利用を承諾します。

年 月

企業主導型保育園
太陽のパダワン
園長 森 直樹

園長	副園長

病児保育事業利用紹介書

(診療情報提供書)

企業主導型保育園 太陽のパダワン 園長宛

太陽のパダワン 病児保育室 利用にあたり必要な情報について、下記の通り提供します。

児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日
住 所			電話番号
病名等	<input type="checkbox"/> 感冒、感冒性症候群 <input type="checkbox"/>ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎、咽頭炎 <input type="checkbox"/>手足口病 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/>上気道炎 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/>流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息、喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/>肺炎 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎（流行性嘔吐下痢症） <input type="checkbox"/>骨折 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/>熱傷 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> その他 () ※上記の病名でも状況に応じて受入不可の場合があります ※預かりに関してご質問がある場合はご確認ください。		
病名不明の時	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 ()		
隔離の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要なし		
入院の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要なし ※入院が必要な場合、受入不可		
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静（ベッド上での生活が主） <input type="checkbox"/> 室内保育（他児と室内で普通に遊んで良い）		
薬剤の処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名 与薬方法 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ()		
配慮を要する事項			
上記の症状は	1. 感冒、消化不良症（多症候性下痢）等児童が日常罹患する疾病 2. 流行性耳下腺炎、風疹等の伝染性疾患 3. 喘息等の慢性疾患 4. 熱湯等の外傷性疾患 により紹介します。		
令和 年 月 日	<医療機関> 病院名 所在地 連絡先 電 話 担当医師氏名 ㊞		

家庭連絡票

年 月 日 登園時間 時 分 送者 () 対応 ()
 降園時間 時 分 迎者 () 対応 ()

フリガナ ()

児童氏名 _____ 平熱 () °C 体重 () kg

自宅での様子

これまでの経過: (利用初日のみ記入)
 症状 ()
 熱 (なし・あり) °C
 昨夜の状態 _____
 今朝の状態 _____

前日の受診 行った ・ 行かなかった

睡眠 : ~ : 良眠 ・ 不眠

坐薬の使用: なし ・ あり (時 分)

朝食 時 分
 内容 ()
 食欲: あり ・ 普 ・ なし

排便 なし ・ あり ・ 普 ・ 泥状 ・ 水様 ・ 硬
 回数 ()

薬の持参 水薬 ・ 粉薬: あり ・ なし
 坐薬: あり ・ なし

保育中気をつけてほしいこと(自宅からの連絡事項)

記入者 _____

園での様子

体温	時間											
	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
40												
39												
38												
37												
36												
坐薬使用												
状態 (脈・呼吸)												
午睡												
お茶 計 ml												
牛乳 計 ml												
ミルク 計 ml												
食事量												
おやつ量												
発汗												
尿												
便												
与薬内容												

保育場の注意点

①身体面

②精神面

③遊び

保育中の様子

記入者 _____

連絡事項

与薬依頼書

※登園時、直接職員にお薬と一緒に提出して下さい。

園児名		預かった職員名	
病名		与薬した職員名	
記入日 (与薬する日)	令和 年 月 日	/	
医療機関名			
※持参した薬は、令和 年 月 日に処方されたうちの本日分です。			
薬の種類	薬品名：		
与薬方法			
内服薬	与薬時間： 食(前・中・後) その他(午前 ・ 午後 時頃)		
ぬり薬	患部： ◆午前 ・ 午後 に 回 塗布 ◆午睡の 前 ・ 後 に塗布		
点眼薬	患部： 右目 ・ 左目 ・ 両目 ◆午前 ・ 午後 に 回 滴 ◆午睡の 前 ・ 後 に 滴		
備考			
この与薬依頼書によって与薬した結果についての責任は、保育園側でないことを承認します。			
保護者氏名			印
留意点	<ol style="list-style-type: none">与薬はなるべく家庭で行い、やむを得ない場合のみ受け付けます。薬はバックから出して職員へ直接手渡してください。<u>手渡ししない場合は、与薬ができないことがありますので</u>ご承知下さい。薬の袋または容器には必ず名前をはっきり書いて下さい。与薬の回数(量)は必ず<u>1回分</u>をお願いします。水薬は1回分を容器に移してご持参下さい。 ※<u>水薬(シロップ)の分量を職員が測ることはできませんので、計量していない場合はお預かりしても与薬できません。</u>基本的に与薬・塗布・点眼薬等は、1回のみとします。但し、状況に応じてご相談に応じます。		

この与薬依頼書使用後は園側で回収し、保管するものとします。