

保育料利用料受給資格証の有無 有 無

病児保育利用申込書

令和 年 月 日

氏名	平成・令和 年 月 日生 (歳 力月)	体重	kg
お迎え時刻 時 分まで	緊急連絡先	TEL	
<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> ()		TEL	

[家庭での様子]

	昨夜までの様子	今朝の様子
体温	℃	℃
熱さまし	<input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 使用 (最後 時頃)	<input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 使用 (最後 時頃)
水分量	<input type="checkbox"/> ますます摂取 <input type="checkbox"/> 少量のみ	<input type="checkbox"/> ますます摂取 <input type="checkbox"/> 少量のみ
食事量	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや減 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 水分のみ	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや減 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 水分のみ
食事形態	<input type="checkbox"/> ごはん <input type="checkbox"/> おじや <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> 離乳食 (<input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期)	
ミルク	最後 (時頃) _____ ml	預かり中 (時頃) _____ ml

薬	今朝: (<input type="checkbox"/> 飲ませた <input type="checkbox"/> 飲んでいない) 普段の飲ませ方: (<input type="checkbox"/> 溶かして飲める <input type="checkbox"/> そのまま飲める)
症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 ※吸入 (最後 時頃) <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 吐いた (1日 回) ※吐き気止め: <input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 使用 (最後 時頃) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (1日 回) (最後 時頃) <input type="checkbox"/> その他 ()
※発熱時にダイアップ (けいれん予防の坐薬) の予防投与をしていますか? (<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)	
アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある: <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬 () ※除去食・必要特別紙記入
与薬依頼	病児・病後児保育室を利用するにあたり、必要な場合は、保護者に代わって与薬をお願いします。 令和 年 月 日 保護者氏名 _____ <small>※署名または記名捺印</small>

[医師の指示]

病名・病状	(迅速検査 結果待ち)	保育室	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 検査結果後 同室 可
指示	<input type="checkbox"/> 持参の薬 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 () <input type="checkbox"/> 本日当院処方薬 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> クリード 2ml + メブチン 1本 () <input type="checkbox"/> ボスミン _____ ml + デカドロン _____ ml + 生食 2ml () <input type="checkbox"/> 鼻吸引 適宜 <input type="checkbox"/> 点眼 () <input type="checkbox"/> ぬり薬 ()	<input type="checkbox"/> 嘔吐のとき → カゼ ^レ リ坐剤使用 <input type="checkbox"/> 10 mg <input type="checkbox"/> 30 mg <input type="checkbox"/> 37.5℃以上のとき → ガ ^レ イッ ^レ 坐剤使用 <input type="checkbox"/> 4 mg <input type="checkbox"/> 6 mg <input type="checkbox"/> 38.5℃以上のとき → <input type="checkbox"/> アンヒバ坐剤使用 <input type="checkbox"/> 100mg <input type="checkbox"/> 200mg <input type="checkbox"/> 1本 <input type="checkbox"/> 3/4本 <input type="checkbox"/> 2/3本 <input type="checkbox"/> 10kg <input type="checkbox"/> 20kg <input type="checkbox"/> 30kg (前回から 6 時間以上あけて)	
利用料金	<input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 無料	給食注文	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			指示医サイン

オリーブキッズ 看護・保育記録

令和 年 月 日 () 入室時刻 : ~ 退室時刻 :

氏名	様	病名 ・ 症状	
℃ ●			呼吸 ×
40			
39			50
38			40
37			30
36			20
35			
時刻	9	10	11
	12	13	14
	15	16	17
排便			
排尿			
睡眠 安静			
症状 様子			
内服 処置			
食事			
食事量	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少ない	<input type="checkbox"/> 食べない
			水分量
			<input type="checkbox"/> 十分
			<input type="checkbox"/> 少量
連絡 事項			担当