

情報提供書

杉の子保育園宛

年 月 日

医療機関

所在地

電話& F A X

医師名

印

病気の回復期にある児童が、病後児保育の利用を申請するにあたり、次のとおり診療情報を提供いたします。

(保護者記入欄)

氏 名		性 別	男・女
生年月日	年 月 日生 (満 歳)		
住 所			
保護者名		連絡先	

(医療機関記入欄) *該当項目に○を付けてください。

病名	1 感冒・感冒症候群	*以下の疾患については、他のお子様への「感染期」を経過した状態	
	2 上気道炎		
	3 気管支炎		
	4 感冒性胃腸炎（嘔吐・下痢）	1 麻疹	6 咽頭結膜熱
	5 中耳炎・外耳炎	2 水痘	7 百日咳
	6 喘息・喘息様気管支炎	3 風疹	8 結核
	7 骨折等の外傷性疾患 ()	4 インフルエンザ	
		5 流行性耳下腺炎	
8 その他 ()			
主な症状	1 発熱 2 下痢 3 嘔吐 4 咳嗽 5 喘鳴 6 発疹 7 その他 ()		
食事に関する特別な指示	1 なし 2 あり ミルクのみ ・ 離乳食（前期・中期・後期） ・ 幼児食 アレルギー食（除去内容 ()） その他 ()		
薬の処方	1 なし 2 あり () *薬剤アレルギーの有無 1 なし 2 あり () *薬が処方されている場合は、薬剤情報書等の添付または内容を記載して下さい。		
その他の注意事項			

**杉の子保育園・病後児保育
保護者からの連絡ノート**

年 月 日記入

児童名	本日の緊急連絡先 () * 連絡先名	お迎え予定時間
		お迎え予定者

1. 今回の疾病について

いつから具合が悪くなりましたか？	インフルエンザ予防接種の有無 (当年度)
どんな症状がありますか？	
最初に受診した日はいつですか？	
現在飲んでいるお薬はありますか？	
症状が出てからの飲水や食事の様子はどうですか？	
	未接種 ・ 1回 ・ 2回

2. お薬について

自宅でのお薬の飲み方を教えてください。
座薬を使用していれば、最後に使用した時間を教えてください。
与薬を 依頼する ・ 依頼しない ※与薬をご希望の場合は、与薬依頼書をご提出ください。又、お薬手帳のコピーも一緒にご提出ください。

3. お子さまの生活習慣

排泄	トイレ ・ トイレトレーニング ・ パンツ ・ おむつ
寝る時のくせ・姿勢	
その他好きな遊び・おもちゃなど	

4. 今日のお子さんの様子

今日の体温 ℃	昨夜の就寝時間 夜 時	朝ごはんの内容と量	最後におしっこした時間 時 分ごろ
普段の平熱 ℃前後	今朝の起床時間 朝 時		最後にうんちした時間 時 分ごろ

2日以上ご利用の場合は、帰宅してからのご自宅での様子をご記入ください。

注 4は毎日ご記入ください。1～3は状態が変わったとき再度ご記入ください。

※お預かり時に上記事項について確認しました。

お預かり保育者サイン () 保護者サイン ()

病後児保育与薬依頼票（保護者記載用）



本票はお子さまに与薬が必要な際に必要事項を記載し、薬・処方箋と一緒にご提出ください。
 ※薬はお子さまを診察した医師が処方し調剤したもの、又はその医師の処方によって薬局で調剤したものに限りません。市販のお薬はお預かりできません。
 ※1つの処方箋につき1枚提出してください。
 ※薬は1回分ずつ分けて、名前を書いてお持ちください。
 ※お子さまの内服の拒否が強い場合、飲みこぼした場合などは、それ以上に与薬をいたしません。

与薬を指示された医療機関名及び医師名	電話番号
--------------------	------

与薬承諾書

お子さま氏名 _____

甲は乙が甲に代わり上記のお子さまについて与薬する事を承諾いたします。
 尚、乙が甲の記入した与薬依頼票に従って与薬したにも関わらず生じた事故については甲は一切その責任を乙に問いません。

年 月 日

甲(保護者氏名): _____ (印)

乙: 杉の子保育園

病名		症状		
剤型	粉末・液（シロップ）・外用薬・その他			
処方内容	薬品名	容量	用法	
外用薬などの 使用法			その他の注意事項 薬の飲ませ方など、特に注意する点がありましたらお書きください。	
			記入日	年 月 日
			受付者サイン	

お子さま氏名		与薬開始日	年 月 日
日付	薬品名	服用の時間	保護者印
			保育者印 受取 薬
			備考 病状に関して・薬の飲ませた時間・薬が変更になったときの理由等
/			
/			
/			
/			
/			