

# 世田谷区病児・病後児保育

# 【利用票】

※太枠線内をご記入ください。

登録児氏名		性別	生年月日		利用年月日					
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年	月	日	年	月	日		
氏名			歳	ヶ月						
					登録番号 (通園施設名)	— ( )				
		※転園した場合は番号を再取得して下さい								
現在の症状	今回の病気の経過 月 日頃より発症 月 日頃より発熱 昨夜の体温( °C 検温時間 : ) 今朝の体温( °C 検温時間 : ) ※発熱していなくても必ず測定して下さい。									
	嘔吐 [ あり (昨日 回)・(今朝 回)・なし ] 咳き込み嘔吐 [ あり (昨日 回)・(今朝 回)・なし ]									
	便の状態 昨日 [ (普通 回)・(軟便 回)・(泥状 回)・(水様 回) ] 今日 [ (普通 回)・(軟便 回)・(泥状 回)・(水様 回) ] なし [ 日間]									
	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳・くしゃみ <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他痛み( )									
	<input type="checkbox"/> 発疹(部位: ) <input type="checkbox"/> かゆみ(部位: ) <input type="checkbox"/> その他症状( )									
薬	<input type="checkbox"/> 今朝の内服薬 時間 : 名称・飲み方 [ ]									
	<input type="checkbox"/> 今朝の吸入 時間 : 名称 ( )									
	<input type="checkbox"/> 経皮吸収型気管支拡張テープ (ホクナリンテープ等) の使用 日から使用									
	<input type="checkbox"/> 持参の内服薬 (あり・なし) 名称・飲み方 [ ]									
	<input type="checkbox"/> 持参の外用薬 (あり・なし) 名称 ( )									
<input type="checkbox"/> 坐薬又は解熱剤の最終使用時間 : 名称 ( )										
機嫌	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い									
食欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> なし 前日の夕食 時間 : (内容: ) 今朝の食事 時間 : (内容: )									
① 普段の生活 ※連続利用の場合 初回のみ記入 ② 前日の様子	6時 8時 10時 12時 14時 16時 18時 20時 22時 ①  -----  ②  -----									
昨夜の睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠っていた <input type="checkbox"/> あまり眠っていない <input type="checkbox"/> 殆ど眠っていない [就寝時間] : [起床時間] :									
昨日から今朝にかけての様子・心配な事など	※アレルギー【有( )・無】 過去に痙攣の有無【有・無】									
本日の緊急連絡先 ※必ず連絡のとれる番号を記入して下さい	氏名			TEL		氏名			TEL	
	氏名			続柄		時間			入室時間	
上記に相違なく報告し、病児・病後児保育室の利用を申込みます。また、下記の事項全てに同意いたします。 ① 子どもの容態が急激に悪化した場合、私及び私の代理人が早急に迎えに行きます。また、医療機関での受診、治療、処置を行うことに同意し、要した費用についても支払います。 ② 万一の病児・病後児保育室内での感染については了承します。 ③ 持参した食事に関する一切の責任は私にあることとし、万一持参した食事の摂取により子どもの体調に異変が生じても苦情は申しません。 ④ 保育室での規則を守り、守れなかった際には、今後利用ができなくなる場合があることに同意致します。										
年 月 日 氏名 :										

裏面のチェック事項も必ずご確認ください

お迎え時サイン	氏名	続柄	時間	:	受付担当者
---------	----	----	----	---	-------

《 ご家庭で用意していただくもの 》

持ち物には**必ずお名前をご記入ください**。チェック欄を活用して、忘れ物のないようご注意ください。  
**なお、施設によって物品、数量等異なる場合があります。詳細は施設にお問い合わせください。**

保護者 チェック	物品	数量	備考	職員 チェック
<input type="checkbox"/>	健康保険証		保育室の利用初日にお持ちください （施設によって、コピーをお持ちいただく 場合もございます。） ※生活保護受給者の方でお持ちでない方におかれま しては提出不要です。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	乳幼児医療証		保育室の利用初日にお持ちください （施設によって、コピーをお持ちいただく 場合もございます。） ※生活保護受給者の方でお持ちでない方におかれま しては提出不要です。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	母子健康手帳		保育室の利用初日にお持ちください （ハグルーム、病児保育こがも、病児保育室ソ レイユ、シェ・モア、下北沢ひよこ園、ニコ のおうち、かんがる一む、ポピンズルーム千 歳烏山を利用する場合のみ）	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	お薬手帳 又は薬剤情報提供書		保育室の利用初日にお持ちください （ハグルーム、病児保育こがも、病児保育室ソ レイユ、シェ・モア、下北沢ひよこ園、ニコ のおうち、かんがる一む、ポピンズルーム千 歳烏山を利用する場合のみ）	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	大きめのビニール袋	3枚以上	汚れ物や使用済みオムツを入れます	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	着替え（楽な服装・パジャマ）	3組以上	下着を含む	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	紙オムツ・パンツ類・使い捨てお尻拭	5枚以上	下痢等ある時は多目に用意してください	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	口拭きタオル（ハンドタオル）	2枚	食事の際に使用します	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	食事用エプロン	2枚	必要な方のみ	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	主治医の処方薬	必要数量	1回分ずつ分けて記名してください ※シロップは瓶のままお持ち下さい。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	昼食・おやつ・飲み物・食器類		おやつは2回分お持ちください	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	粉ミルク・哺乳瓶（必要な方のみ）		1回分ずつ分けて量と名前をご記入くだ さい	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	利用料（2,000円）※免除制度有		※きている一むは後日振込書を送付します	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	その他必要なもの		使い慣れているおしゃぶりなど	<input type="checkbox"/>

＜お願い＞

持ち物には名前をご記入ください。特にお弁当箱、タッパー、お菓  
子、ミルクなどには必ずご記入をお願いします。