

病児・病後児保育連絡票（診療情報提供書）

熊本市長（宛）

医療機関 住 所

名 称

医師名

印

電話番号 (- - -)

FAX番号 (- - -)

病児・病後児保育事業の利用に当たり必要な情報について下記のとおり提供します。

ふりがな 児童氏名	男 女	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
住 所	熊本市 区		
病 名			
病 状	<input type="checkbox"/> 急性期（発熱） <input type="checkbox"/> 回復期（解熱・微熱等）		全身状態： <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> あまり良くない
治療経過・内容等 (簡単にお書きください)	<input type="checkbox"/> 次回診療予定： 年 月 日		
服 薬	薬剤名・何日分・投与方法等		
	服薬：無・有		
既往症	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他（ ）		
隔 離	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要なし		
安 静 度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育（室内で普通どおり遊んで良い）		
食 事	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食（前期・中期・後期） <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 下痢食 ※アレルギー除去食が必要な場合はお弁当持参		
病児保育利用見込	<input type="checkbox"/> 3日程度 <input type="checkbox"/> 1週間程度 <input type="checkbox"/> その他（ 日程度）		
アレルギー	無・有（ ）		
予防接種の状況	<input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 4種混合 <input type="checkbox"/> 3種混合 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MRワクチン〔麻疹風疹混合〕 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ロタウィルス <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ（ 年 月接種）		
その他留意事項			

*上記は診療情報提供書（I）注2（保険点数250点）が適用され、月1回は健康保険適用となります。

*この様式は熊本市が委託又は熊本市と協定締結している病児・病後児保育施設に提出する場合にのみ利用できます。

病児保育室 病後児保育室

利用申込書

株式会社 きつず・スペース

保育所ちびっこランド神水園 病児保育室

病後児保育室 施設長宛

年 月 日

申込者(保護者) 氏名

病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり申し込みます。

*該当するものに□をつけて下さい

ふりがな			登録番号									
児童氏名												
看護できない理由	<input type="checkbox"/> 勤務のため <input type="checkbox"/> その他()											
緊急連絡先 *必ず連絡が取れる番号を記入して下さい	1	<input type="checkbox"/> 携帯(続柄: ()) <input type="checkbox"/> 勤務先() <input type="checkbox"/> 自宅 電話番号: ()										
	2	<input type="checkbox"/> 携帯(続柄: ()) <input type="checkbox"/> 勤務先() <input type="checkbox"/> 自宅 電話番号: ()										
ふりがな												
お迎えに来られる方のお名前												
お迎え予定時刻	時	分	続柄: 父・母・()									

診断名	病名: _____ 診断を受けた日: _____										
本日の症状 *昨日と比べた様子を()に○をつけて下さい	<input type="checkbox"/> 発熱 °C (改善 継続 悪化) 最高(. °C)										
	<input type="checkbox"/> 吐き気 (改善 継続 悪化)					<input type="checkbox"/> 下痢 (改善 継続 悪化)					
	<input type="checkbox"/> 鼻水 (改善 継続 悪化)					<input type="checkbox"/> 鼻づまり(改善 継続 悪化)					
	<input type="checkbox"/> せき (改善 継続 悪化)					<input type="checkbox"/> 喘鳴 (改善 継続 悪化)					
	<input type="checkbox"/> 腹痛 (改善 継続 悪化)					<input type="checkbox"/> その他 症状を詳しく記載して下さい()					
	<input type="checkbox"/> 解熱剤内服・座薬(: に使用) <input type="checkbox"/> けいれん止め(: に使用)										
薬の使用について	<input type="checkbox"/> 吐き気止め内服・座薬(: に使用) <input type="checkbox"/> 吸入(: に使用)										
起床時間	: に起床 (よく眠れた・何度か目が覚めた・全然眠れなかった)										
来室前の食事について *食べた内容や量を記入して下さい	: 頃に _____ を食べた										
最後の排泄時間	尿(:) 便(:) <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トイレ										
気になる事などがあればご記入下さい											
保育所ちびっこランド神水園 保育所ちびっこランド嘉島園 保育所きつずひろば	<input type="checkbox"/> 在籍中 <input type="checkbox"/> 在籍していない										

【薬の依頼表】

株式会社 きっず・スペース

保育所ちびっこランド神水園 病児・病後児保育室 施設長 宛

年 月 日

医師の診察を受けたところ 下記のとおり指示がありましたので、
与薬を依頼します。

児童名		病名及び症状		保護者 署名	
処方された病院名			処方月日 月 日		
薬の与薬内容	内服薬の内容、与薬時間		座薬の種類		その他の薬
	<input type="checkbox"/> シロップ(種類) <input type="checkbox"/> 粉薬(種類) <input type="checkbox"/> 錠剤(種類)		<input type="checkbox"/> 熱さまし(°C以上で使用) <input type="checkbox"/> 抗けいれん薬() <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後		<input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 指定時刻 ()		お薬の飲ませ方		
	<input type="checkbox"/> 指定のタイミング ()		<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 口水に溶かす		<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 受領者サイン		<input type="checkbox"/> 投与者サイン		与薬時間
保育室記載			- 内服 時 分 (昼食 前・後) - 時 分		
	<input type="checkbox"/> 使用方法確認				

- ・お薬は1回分に分け、それぞれに名前を書いてください。
- ・この表はお薬と薬剤情報提供書またはお薬手帳と一緒に、職員に直接渡してください。

-----切り取り-----

【薬の依頼表】

株式会社 きっず・スペース

保育所ちびっこランド神水園 病児・病後児保育室 施設長 宛

年 月 日

医師の診察を受けたところ下記のとおり指示がありましたので、
与薬を依頼します。

児童名		病名及び症状		保護者 署名	
処方された病院名			処方月日 月 日		
薬の与薬内容	薬の内容、与薬時間		座薬の種類		その他の薬
	<input type="checkbox"/> シロップ(種類) <input type="checkbox"/> 粉薬(種類) <input type="checkbox"/> 錠剤(種類)		<input type="checkbox"/> 熱さまし(°C以上で使用) <input type="checkbox"/> 抗けいれん薬() <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後		<input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 指定時刻 ()		お薬の飲ませ方		
	<input type="checkbox"/> 指定のタイミング ()		<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 口水に溶かす		<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 受領者サイン		<input type="checkbox"/> 投与者サイン		与薬時間
保育室記載			- 内服 時 分 (昼食 前・後) - 時 分		
	<input type="checkbox"/> 使用方法確認				

- ・お薬は1回分に分け、それぞれに名前を書いてください。
- ・この表はお薬と薬剤情報提供書またはお薬手帳と一緒に、職員に直接渡してください。