

病児保育・当日連絡票（1）

次のとおり病児保育を利用したいので申請します（□に✓を入れて下さい）

- 病児保育室の利用を希望し、医師の連絡票を添付して申し込みます。
- 病児保育室の利用期間中は、病児保育室の指示に従います。
- 病児保育室スタッフが必要と判断した場合は、医療機関への受診に同意します。
- 利用児の状態が変化して病児保育室での対応が困難になった場合は、病児保育の利用中止に同意します。
- 与薬（持参薬、処方薬、坐薬、吸入等）は、医師看護師の指示のもと保育士により実施することに同意します。

H 年 月 日

保護者名 _____ 印

利用児の氏名

（以下は記入しないでください）

- ◆ 診断名 水痘・おたふく・インフル A・インフル B・RS・アデノ・溶連菌
上気道炎・扁桃炎・気管支肺炎・気管支喘息
胃腸炎（感冒性・ノロ・ロタ・細菌性： _____）
その他（ _____）
- ◆ 治療の状況
 - ・ 外来治療を受けている（あだちこども診療所・他院）
 - ・ 入院治療を受けていた（病院名： _____）
（期間： / ~ / ）
 - ・ 治療は受けていない
- ◆ 医師の指示
 - 入室 可 ・ 不可 （保育室名： _____）
- ◆ 吸引 不要 ・ 要 （ _____ な場合 ・ 適宜）
- ◆ 吸入 不要 ・ 要 （インターール+ベネトリン _____ ml）
実施時間（ 10時・13時・16時・適宜 _____）
- ◆ 与薬 薬なし・持参薬・本日処方薬（内容は薬手帳参照）
- ◆ 解熱剤指示
 - ・ 使用する（ _____ °C）で
アンヒバ坐薬（100・200mg 1回 _____ 個、6時間毎可）
 - ・ できるだけ使用しない