

利用申込書

株式会社 AandK 内閣府所管 企業主導型保育事業 かみのて保育園 病児保育室の利用
を次の通り申請します。

この申請書を実施施設で使用する事及び市が、実施施設より利用状況（利用年月日、
病名）の報告を受ける事に同意します。

令和 年 月 日

(宛先) かみのて保育園 園長 殿
申請者（保護者） 住所
氏名



申請児童名	性別	生年月日	愛称
	男 女	年 月 日生 歳 ヶ月	
保護者氏名	続柄	連絡先（自宅）	緊急連絡先
		TEL	TEL
		TEL	TEL
		TEL	TEL
保育所（園）名	TEL		
主治医名	医院名 TEL		
健康報告書以外で注意・配慮が必要な事があればご記入ください			

-----園記入欄-----

○利用料：	円	○利用開始日：	年 月 日
-------	---	---------	-------

上記の申請を受け、利用を承諾します。

年 月

かみのて保育園
園 長 兼松 香代美

園長	副園長

病児保育事業利用紹介書
(診療情報提供書)

かみのて保育園 園長宛

かみのて保育園 病児保育室 利用にあたり必要な情報について、下記の通り提供します。

児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日
住 所		電話番号	
病名等	☐ 感冒、感冒性症候群 ☐ ヘルパンギーナ ☐ 扁桃腺炎、咽頭炎 ☐ 手足口病 ☐ 気管支炎 ☐ 上気道炎 ☐ 伝染性膿痂疹 ☐ 流行性耳下腺炎 ☐ 気管支喘息、喘息様気管支炎 ☐ 肺炎 ☐ 感染性胃腸炎（流行性嘔吐下痢症） ☐ 骨折 ☐ 中耳炎 ☐ 熱傷 ☐ 溶連菌感染症 ☐ その他 （ ） ※上記の病名でも状況に応じて受入不可場合があります ※預かりに関してご質問がある場合はご確認ください。		
病名不明の時	☐ 発熱 ☐ 下痢 ☐ 嘔吐 ☐ 咳 ☐ 喘鳴 ☐ 発疹 ☐ その他（ ）		
隔離の必要性	☐ 必要 ☐ 必要なし		
入院の必要性	☐ 必要 ☐ 必要なし ※入院が必要な場合、受入不可		
安静度	☐ ベッド上安静 ☐ 室内安静（ベッド上での生活が主） ☐ 室内保育（他児と室内で普通に遊んで良い）		
薬剤の処方	☐ なし ☐ あり 薬剤名 与薬方法 ☐ 食前 ☐ 食間 ☐ 食後 ☐ その他（ ）		
配慮を要する事項			
上記の症状は	1. 感冒、消化不良症（多症候性下痢）等児童が日常罹患する疾病 2. 流行性耳下腺炎、風疹等の伝染性疾患 3. 喘息等の慢性疾患 4. 熱湯等の外傷性疾患 により紹介します。		
令和 年 月 日	<医療機関> 病院名 所在地 連絡先 電 話 担当医師氏名		

家庭連絡票																	
年 月 日 登園時間 時 分 送者 () 対応 ()																	
降園時間 時 分 迎者 () 対応 ()																	
フリガナ ()																	
児童氏名 平熱 () °C 体重 () kg																	
自宅での様子園での様子																	
これまでの経過:(利用初日のみ記入)																	
症状 ()																	
熱 (なし・あり °C)																	
昨夜の状態																	
今朝の状態																	
前日の受診 行った ・ 行かなかった																	
睡眠 : ~ : 良眠 ・ 不眠																	
坐薬の使用:なし・あり (時 分)																	
朝食 時 分																	
内容 ()																	
食欲: あり・普・なし																	
排便 なし・あり・普・泥状・水様・硬回数 ()																	
薬の持参 水薬・粉薬: あり・なし																	
坐薬: あり・なし																	
保育中気をつけてほしいこと(自宅からの連絡事項)																	
記入者																	
保育場の注意点																	
①身体面																	
②精神面																	
③遊び																	
連絡事項																	

与薬依頼書

※登園時、直接職員にお薬と一緒に提出して下さい。

園児名		預かった 職員名	
病名		与薬した 職員名	
記入日 (与薬する日)	令和 年 月 日		
医療機関名			
※持参した薬は、令和 年 月 日に処方されたうちの本日分です。			
薬の種類	薬品名：		
与 薬 方 法			
内服薬	与薬時間： 食(前・中・後) その他(午前 ・ 午後 時頃)		
ぬり薬	患部： ◆午前 ・ 午後 に 回 塗布 ◆午睡の 前 ・ 後 に塗布		
点眼薬	患部： 右 目 ・ 左 目 ・ 両 目 ◆午前 ・ 午後 に 回 滴 ◆午睡の 前 ・ 後 に 滴		
備考			
この与薬依頼書によって与薬した結果についての責任は、保育園側でないことを承認します。			
保護者氏名			印
留意点	1. 与薬はなるべく家庭で行い、やむを得ない場合のみ受け付けます。 2. 薬はバックから出して職員へ直接手渡してください。 <u>手渡ししない場合は、与薬ができないことがありますので</u> ご承知下さい。 3. 薬の袋または容器には必ず名前をはっきり書いて下さい。 4. 与薬の回数(量)は必ず <u>1回分</u> をお願いします。水薬は1回分を容器に移してご持参下さい。 ※ <u>水薬(シロップ)の分量を職員が測ることはできませんので、計量していない場合はお預かりしても与薬できません。</u> 5. 基本的に与薬・塗布・点眼薬等は、1回のみとします。但し、状況に応じてご相談に応じます。		

この与薬依頼書使用後は園側で回収し、保管するものとします。

かみにて保育園