

令和 年度 あさき病児保育室利用申込書 登録番号( )

令和 年 月 日記入 申請者

|                                      |                                                                                           |        |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| フリガナ                                 |                                                                                           |        |
| 児童氏名                                 | 男・女 お家での呼び方                                                                               |        |
| 生年月日：平成・令和 年 月 日（才 力月）               |                                                                                           |        |
| 住所：岡山県                               |                                                                                           |        |
| 電話番号                                 |                                                                                           |        |
| 通園施設名                                | ( )市( )保育園・幼稚園・小学校                                                                        |        |
| 保護者氏名                                |                                                                                           |        |
| ※緊急連絡先（必ず連絡のつく所）                     |                                                                                           |        |
| 1)☎：                                 | 2)☎：                                                                                      | 3)☎：   |
| 氏名・続柄・                               | 氏名・続柄・                                                                                    | 氏名・続柄・ |
| お勤め先・                                | お勤め先・                                                                                     | お勤め先・  |
| 生まれてからの身体発育及び精神運動発達の異常 無・有（ ）        |                                                                                           |        |
| 既往歴                                  | 水ぼうそう おたふくかぜ<br>ひきつけ(回数 回)最後はいつ 年 月 日<br>入院する様な病気                                         |        |
| お家での食事                               | ミルクのみ (1回 cc) ( )時間おき<br>ミルクと離乳食 ミルク(1回 cc) ( )時間おき<br>離乳食( 力月食)1日( 回)<br>食事アレルギー 無・有 ( ) |        |
| 今までに当施設を利用された事がありますか 無・有（平成・令和 年 月頃） |                                                                                           |        |

※ 保育中に病状が変化し、ご家族に連絡が取れない場合には、当院の判断でほかの医療施設に移送することも御座いますのでご了承ください。

保育時間は 8：00～17：30までですのでお迎えの時間は厳守してください。  
保育時間を過ぎた場合は 超過料金を頂きます。 また利用、キャンセルにかかわらず 8：15までに 連絡をお願いします。  
連絡がこの時間を過ぎた場合はキャンセルとして扱わせていただきます。連絡なしでキャンセルされた場合はキャンセル料として500円かかります。  
尚一旦お預かりしたお子様の保育料は返金できません。

上記の事に付き承諾いたします。

令和 年 月 日 続柄 氏名

岡山県病児保育事業 ☐登録申請 ☐利用申込 書

※新年度に初めて利用するときは、☐登録申請・☐利用申込の両方にチェック、2回目以降は、  
☐利用申込のみにチェックしてください。

年 月 日

## 病児保育事業実施施設の相互利用に関する協定締結市町長 様

(倉敷市・笠岡市・井原市・総社市・高梁市・浅口市・早島町・里庄町・矢掛町  
 岡山市・玉野市・瀬戸内市・赤磐市・和気町・久米南町・美咲町・吉備中央町・備前市)

申請者(保護者)

住所 倉敷・笠岡・井原・総社・高梁・浅口・早島・里庄・矢掛  
 (住民票に 岡山・玉野・瀬戸内・赤磐・和気・久米南・美咲・吉備中央・備前  
 記載されて ※上記の該当市町名を○で囲んでください  
 いる住所に 市  
 あります) 町

氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 TEL \_\_\_\_\_

勤務先 TEL \_\_\_\_\_

|                 |                         |           |
|-----------------|-------------------------|-----------|
| 利用期間            | 年 月 日から<br>年 月 日まで〔 〕日間 | 保育園(幼稚園)名 |
| (ふりがな)<br>乳幼児名  | 生年月日<br>年 月 日生 ( 才)     | TEL -     |
| 利用児童の症名及び経過     |                         |           |
| (1) 病気の種類(病名)   |                         |           |
| (2) 発病年月日 年 月 日 |                         |           |
| (3) 症状及び経過      |                         |           |
| 児童を看護できない理由     |                         |           |

## (記入上の注意)

- 1 利用対象疾病の範囲は、感冒、消化不良(多症候性下痢)などの乳幼児が日常罹患する疾病や、麻疹、水痘、風疹などの伝染性疾患、喘息などの慢性疾患及び熱傷などの外傷性疾患などです。
- 2 保護者が看護できない理由の範囲は、保護者の勤務の都合、疾病、事故、出産、冠婚葬祭などの社会的要因によるものです。
- 3 事業の利用料は、日額2,500円です。
- 4 生活保護世帯及び市民税非課税世帯のうち母子世帯等の方は利用料が一部免除になりますので、減免申請書を提出してください。

初 診 の 方 へ

年 月 日

お手数ですが次の質問にお答えください。

(フリガナ)

お 名 前 様 (男・女)

生年月日 H・R 年 月 日 ( 才)

住 所 〒 -

電話番号 ( ) - ( ) - ( )

- 家族の方で当院にかかれた方はいますか？  
( )
- アレルギー体質ですか？ (はい・いいえ)  
喘息・アトピー・花粉症・鼻炎・たまご・牛乳・青魚・他 ( )
- お薬で副作用が出た事がありますか？ (はい・いいえ)  
具体的には？ ( )
- 生まれた時の体重 g (どこで 産婦人科)
- 生まれつきの異常はありますか？ (なし・あり)
- 栄養法：母乳・混合・ミルク
- 今までにかかった病気はありますか？  
突発性発疹・はしか・百日咳・水ぼうそう・風疹・おたふくかぜ  
喘息・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・中耳炎  
ひきつけ ( 才 ヶ月)・気管支炎・肺炎  
入院するような病気 ( )
- 現在の体重 kg



# 経過表

**注意!!** この表は来院される毎に必ず持参して下さい。忘れられると診察の順番が前後する事があります。

患者氏名 \_\_\_\_\_ 才 月 男・女

| 月 日  | 月 日     | 月 日     | 月 日     | 月 日     | 月 日     | 月 日     | 月 日     |
|------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 体 温  | 6 12 18 | 6 12 18 | 6 12 18 | 6 12 18 | 6 12 18 | 6 12 18 | 6 12 18 |
| 41.0 |         |         |         |         |         |         |         |
| 40.5 |         |         |         |         |         |         |         |
| 40.0 |         |         |         |         |         |         |         |
| 39.5 |         |         |         |         |         |         |         |
| 39.0 |         |         |         |         |         |         |         |
| 38.5 |         |         |         |         |         |         |         |
| 38.0 |         |         |         |         |         |         |         |
| 37.5 |         |         |         |         |         |         |         |
| 37.0 |         |         |         |         |         |         |         |
| 36.5 |         |         |         |         |         |         |         |
| 36.0 |         |         |         |         |         |         |         |
| 35.5 |         |         |         |         |         |         |         |
| 35.0 |         |         |         |         |         |         |         |

## 症状

| 薬を<br>飲んだ<br>時間 | 朝     | 時頃    | 時頃    | 時頃    | 時頃    | 時頃    | 時頃    | 時頃    |
|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                 | 昼     | 時頃    | 時頃    | 時頃    | 時頃    | 時頃    | 時頃    | 時頃    |
|                 | 夜     | 時頃    | 時頃    | 時頃    | 時頃    | 時頃    | 時頃    | 時頃    |
| 解熱剤使用           |       | 時頃    | 時頃    | 時頃    | 時頃    | 時頃    | 時頃    | 時頃    |
|                 |       | 時頃    | 時頃    | 時頃    | 時頃    | 時頃    | 時頃    | 時頃    |
| あたまいた           | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   |
| 咳               | 激・軽・無 | 激・軽・無 | 激・軽・無 | 激・軽・無 | 激・軽・無 | 激・軽・無 | 激・軽・無 | 激・軽・無 |
| 喘鳴(ぜろぜろ)        | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   |
| はなみず            | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   |
| はなづまり           | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   |
| はらいた            | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   |
| 嘔吐              | 回     | 回     | 回     | 回     | 回     | 回     | 回     | 回     |
| はきけ             | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   |
| 下痢(はらくだし)       | 回     | 回     | 回     | 回     | 回     | 回     | 回     | 回     |
| 発疹(赤いブツ)        | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   |
| 目脂(めやに)         | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   | 有・無   |

〈気になること〉

体温(院内で測定) . ℃

(ひらがなで)

おなまえ

□どのような症状がありますか？

◇発熱【あり・なし】

頃から . ℃

◇頭痛・せき・たん・のどの痛み・ゼーゼー  
鼻水・鼻づまり・腹痛・下痢・嘔気・嘔吐  
発疹・その他( )

【いつ頃から、どのように続いていますか？】

□現在の体重を記入してください

( ) kg

□すでに診療を受けていますか？

◇受けている(病名: )

病院 ◇受けていない

□現在、使用しているお薬はありますか？

◇なし ◇ある

□周囲で、あるいは家族の中で、

はやっている病気はありますか？

◇ある(病名: ) ◇ない

□お薬の希望はありますか？

【内服】シロップ・粉薬・錠剤

【熱さまし】◇要る(坐薬・飲み薬・錠剤)

◇要らない

□からだの状態はどうですか？

◇食欲:ある・少しある・ない

◇水分:とれている・少しとれている

とれていない

◇尿量:ふつう・少ない

◇排便:かたい・普通・やわらかい

出ていない

☆薬を飲んだ時間

内服薬(

時服用)

頓服(

時服用)

坐薬(

時使用)

点眼(

時使用)

☆今日お薬を持参していますか？

内服薬と頓服を両方持参 ・ 内服薬のみ持参 ・ 頓服のみ持参 ・ 持参していない

☆アレルギー 無 ・ 有( )

以下スタッフ記入欄

診断名

□上気道炎 □鼻炎 □咽頭炎 □扁桃炎 □咽頭扁桃炎 □咽頭・喉頭炎 □喉頭炎  
□気管支炎 □気管支炎・鼻炎 □喘息性気管支炎 □気管支肺炎 □感冒性胃腸炎  
□とびひ □水痘 □はしか □おたふくかぜ □風疹 □ヘルパンギーナ □手足口病  
□溶連菌感染症 □アデノウイルス感染症 □咽頭結膜熱 □流行性角結膜炎 □結膜炎  
□中耳炎 □インフルエンザA型 □インフルエンザB型  
□その他(病名: )

食事: 離乳食 ・ 幼児食 ・ 普通食 (1ランク下)

隔離: 要 ・ 不要

安静度: 床上安静 ・ 室内遊び