

令和 年 月 日記入 申請者

※ 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。

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
 なります) 町

氏名 _____

連絡先 TEL _____

勤務先 TEL _____

利用期間	年 月 日から 年 月 日まで〔 〕日間	保育園(幼稚園)名
(ふりがな) 乳幼児名	生年月日 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。

初診問診票

令和 年 月 日

フリガナ			男 ・ 女
お名前			
生年月日	平成 ・ 令和	年 月 日	歳 か月
住 所	〒 -		
電話番号	() - () - () 父 ・ 母 ・ その他		

●家族のかたで当院をかかれた方はいますか？ (はい ・ いいえ)

受診された方のお名前をご記入ください

名前	続柄	名前	続柄

●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

その他 ()

●おくすりで副作用が出たことがありますか？ (はい ・ いいえ)

(薬名： 症状：)

●生まれつきの異常はありますか？ (はい ・ いいえ)

(病名：)

●けいれんを起こしたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

いつなりましたか？ 歳頃 何回起きましたか？ 回

●入院をするような病気にかかったことはありますか？ (はい ・ いいえ)

(病名：)

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 飲んだ 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〉

病児保育室問診票

あさき小児科

体温(院内で測定)

℃

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・咳・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・眼脂

発疹・その他（ ）

【いつ頃から、どのように続いていますか？】

★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

★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？

◇あり→おくすり手帳を提出してください

◇なし

★周囲で流行っている病気はありますか？

◇ある(病名：)

◇なし

★お薬の希望はありますか？

【内服】シロップ・粉薬・錠剤

【解熱剤】◇いる(坐薬・シロップ・粉薬・錠剤)

◇不要

★薬を飲んだ時間

内服薬 (時服用)

坐薬 (時使用)

屯服 (時服用)

点眼 (時使用)

★本日お薬を持参していますか？

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

★食事アレルギー

なし ・ あり ()

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