

# 江東区病児・病後児保育事業利用申込書兼児童票（初日用）

児童	氏名 <small>フリガナ</small> (愛称)		登録番号
	性別 男・女	生年月日 平成 年 月 日	入所保育施設名
	かかりつけ医療機関名  (電話番号)		
今日の緊急連絡先	氏名	続柄	連絡先

お迎え予定者	氏名	続柄	予定時間
お迎えに来られた方のサイン (お迎え時記入)	氏名	続柄	お迎え時間

## 利用全般に関する同意事項

- ① こどもの容態が悪化した場合には、保護者の同意を得て、治療、処置、与薬を行うこと。
- ② 保護者に連絡が取れない場合又は緊急時には、医師の判断において治療、処置、与薬を行うことがあること。
- ③ こどもの健康に支障をきたさない範囲内の保育と看護を行うこと。
- ④ 保護者は、定められた時刻までにこどもを迎えにくること。また、施設から迎えの要請があった場合には速やかに、これに応じること。

※今回の利用に際し、以上の事項に同意いたします。署名

## ご家庭からの連絡欄 ※毎回必ずご記入ください。

### ① 今回の病気について

いつから具合が悪くなりましたか？ ( )
最初に受診した日はいつですか？ ( )
診断をした病院名と連絡先をお教えてください。 ( )
どんな症状がありますか <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発疹(部位: )
<input type="checkbox"/> かゆみ(部位: ) <input type="checkbox"/> その他の症状 ( )

### ② 昨日からのお子さんの様子について

熱	嘔吐	便
昨夜 ( )℃	<input type="checkbox"/> なし	昨日 ( )回 ( <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 下痢便 <input type="checkbox"/> 水様便)
今朝 ( )℃	<input type="checkbox"/> あり 昨日 ( )回	今朝 ( )回 ( <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 下痢便 <input type="checkbox"/> 水様便)
普段の平熱 ( )℃前後	今朝 ( )回	食事
お薬		昨日の夕食 <input type="checkbox"/> なし
今朝の服用薬と服用時間		<input type="checkbox"/> あり (内容 ( )時頃)
(名称 ( )時 分 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> 吸入)		今日の朝食 <input type="checkbox"/> なし
(名称 ( )時 分 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> 吸入)		<input type="checkbox"/> あり (内容 ( )時頃)
解熱剤の使用について		昨夜の睡眠
(名称 (最終使用時間 時頃))		就寝 ( )時頃 <input type="checkbox"/> よく眠っていた <input type="checkbox"/> あまり眠っていない
機嫌		起床 ( )時頃 <input type="checkbox"/> ほとんど眠っていない
昨日 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い		その他
今日 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い		気になること等ありましたらお書きください。

※裏面に記入下さい※

児童名

児童票 (児童の健康状態等について)

※ 施設初回利用時、および年度が変わった際は全項目ご記入ください。2回目以降は太枠内のみご記入ください。ただし、内容に変化のあったときは変更項目についてもご記入ください。

※ 「これまでの病気」「アレルギー」「食事」「発達の状況」は、該当する事項についてご記入ください。

保護者	氏名		続柄	勤務先名・連絡先		携帯電話番号	
保護者以外の緊急連絡先				児童との関係	電話番号		
これまでの病気	<input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎	治療薬	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 発作時のみ <input type="checkbox"/> していない				
			<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 吸入療法				
	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	初回	歳	ヶ月			
		最後	歳	ヶ月	(これまでに 回)		
	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	治療	<input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> のみ薬 <input type="checkbox"/> 塗薬				
<input type="checkbox"/> その他の病気	病名	(入院： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 歳 ヶ月)					
	病名	(入院： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 歳 ヶ月)					
アレルギー	<input type="checkbox"/> 食物	食品名					
		食事制限の程度					
	<input type="checkbox"/> 薬	薬品名					
<input type="checkbox"/> 環境	<input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 動物 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
食事	<input type="checkbox"/> 授乳	内容	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合	回数	回/日		
		量	ml (母乳の場合 約 分/回)				
	<input type="checkbox"/> 離乳食	開始時期	ヶ月～	回数	回/日		
		現在時期	<input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了期				
<input type="checkbox"/> 大人と同じ食事							
普段の食事量	<input type="checkbox"/> よく食べる <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 食が細い						
常備薬	名称	( <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> 吸入 )					
	名称	( <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> 吸入 )					
	服薬方法	飲ませ方	<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 少量の水に溶いて <input type="checkbox"/> シロップ薬に混ぜて <input type="checkbox"/> ( ) に混ぜて				
	使用器具	<input type="checkbox"/> スプーンで <input type="checkbox"/> スポイトで <input type="checkbox"/> 薬杯で <input type="checkbox"/> その他 ( )					
生活習慣	排泄	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トイレ使用 <input type="checkbox"/> 午睡時のみおむつ使用 <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中 その他 (排尿回数が多い・少ない、尿意のサイン等) 配慮して欲しいことがあればご記入ください。					
	睡眠	普段の昼寝時間	時頃から	時間	睡眠のくせ等 (一人寝・添い寝・タオルを持って等) ご記入ください。		
	遊び	好きな遊び					
		好きなおもちゃ					
その他	その他 (人見知り、保護者から見た性格等) 配慮して欲しいことがあれば、ご記入ください。						
発達の状況 (0,1歳のみ記入)	首のすわり	ヶ月	はいはい	ヶ月	一人歩き	ヶ月	
	寝返り	ヶ月	つかまり立ち	ヶ月	初語 (意味のある言葉)		
	おすわり	ヶ月	伝い歩き	ヶ月		ヶ月	