（利用時提出書類）

②　かかりつけ医療機関連絡票

病後児保育室の利用に当たり、必要な情報について下記のとおり提供します。

（保護者記入欄）※保護者の方が記入してください。

ふりがな 児童氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	年　月　日生 （満　　歳）
住所	〒 電話番号　　－　　－				
保護者氏名	父 ・ 母 ・ その他（　　）				

（医療機関記入欄）※病後児保育室の利用が認められる場合に記入してください。

※病状が急性期を過ぎ、回復期に至っている場合利用可能です。

病　名	□ 感冒・感冒様症候群　□ 流行性角結膜炎 □ 扁桃腺炎　□ ヘルパンギーナ □ クループ症候群　□ 手足口病 □ 気管支炎　□ インフルエンザ □ 肺炎　□ 百日咳 □ 気管支喘息　□ 伝染性膿痂疹 □ 急性胃腸炎（疑いを含む）　□ 伝染性紅斑（りんご病） □ 中耳炎　□ おたふくかぜ □ 結膜炎（流角結を含まない）　□ 麻疹 □ 溶連菌感染症　□ 風疹 □ 突発性発疹　□ 水痘 □ 咽頭結膜熱　□ その他（　　）
隔離の必要性	□ あり　□ なし
病後児保育室利用	□ 回復期であるため病後児保育室の利用は差し支えありません。 □ 怪我もしくは骨折であるため病後児保育室の利用は差し支えありません。 ※以下の病状がある場合はお預かりすることができません。 ・伝染性疾患（水痘・風疹・流行性耳下腺炎・インフルエンザ・麻疹・百日咳等）の急性期で他児に感染の恐れがある場合 ・喘息がひどく、呼吸困難がある場合 ・食欲がなく、ほとんど食べたり飲んだりできない場合（普通食を摂ることができない） ・下痢・嘔吐による脱水症状の兆候がある場合（唇・舌・皮膚の乾燥、粘膜がべとつく、ぐったりしていて元気がない等）
処　方	□ あり（お薬手帳参照）　□ なし
その他の注意事項	

年　月　日　　医療機関名
所在地
電話番号
医師氏名　　印

（来室時提出書類）　　令和　　年　　月　　日

③　病後児保育室利用申込書

病後児保育室の利用について、以下のとおり記載事項に承諾したうえで，申込みます。

1．発熱等により、保育困難になった場合は、速やかに引き取りに来ること。
2．急変・緊急時の医療機関受診の判断は、保育室に一任すること。
3．急変・緊急時に医療機関を受診する場合、保護者は提携医療機関に至急向かうこと。
　また，その際の処置に要した費用は児童の保護者が負担すること。
4．万一事故等が発生した場合、その事故等が病後児保育室の故意又は重大な過失によって発生したものでない限り、その責任は問わないこと。
5．「①病後児保育室事前登録書」の記載内容に変更が生じた場合は，その都度連絡すること。

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

児童氏名	（ふりがな　　）
利用日	年　　月　　日
利用時間	時　　分　～　　時　　分
児童の状態等	① 病名（　　） ※提携医療機関からの連絡票の病名を記入して下さい。 ② 体温（　　℃） ③ 現在の症状　□発熱□発疹□咳□鼻水□腹痛□下痢□嘔吐□吐気□食欲低下 □のどの痛み□頭痛□目やに□その他（　　） ④ 薬の服用はしていますか（　□している　□していない） ⑤ 解熱剤は使用しましたか（　□した　　□していない） ⑥ 水分はよく取れていますか（　□取れている　□取れていない） ⑦ 昨夜はよく眠れていましたか（　□眠れた　□眠れなかった）
添付書類	□　「②提携医療機関連絡票」 □　「薬依頼書」 □　その他（　　）

確認印	