

# 病後児保育事業登録申請書

申請日 年 月 日

フェアリーテイル鷺宮駅前園 施設長 宛て

上記事業の利用に係る登録をしたいので、下記のとおり申請します。

申請者 (保護者)	氏名			自宅 電話		
	住所					
児 童	いりかな				生年月日	年 月 日
	氏名					
保 護 者 連 絡 先	氏名	(続柄)			氏名	(続柄)
	携帯電話				携帯電話	
	勤務先	名称			勤務先	名称
	電話				電話	
	緊急連絡先	氏名	(続柄)		電話番号	
※緊急連絡先には、勤務先・保護者以外の親族等を記入してください。						
保護者・ 登録児童 以外の同 居家族	氏名	年齢	続柄	通学・通勤先等	氏名	年齢 続柄 通学・通勤先等
予防接種	ヒブ	① 年 月 日	② 年 月 日	③ 年 月 日	④ 年 月 日	⑤ 年 月 日
	肺炎球菌	① 年 月 日	② 年 月 日	③ 年 月 日	④ 年 月 日	⑤ 年 月 日
	四種混合 (DPT-IPV)	① 年 月 日	② 年 月 日	③ 年 月 日	④ 年 月 日	⑤ 年 月 日
	BCG	年 月 日	MR		① 年 月 日	② 年 月 日
	水痘	① 年 月 日	② 年 月 日			
	日本脳炎	① 年 月 日	② 年 月 日	③ 年 月 日		
	そ の 他					
感染症歴	麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳 か月	百日咳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳 か月
	風 疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳 か月	突発性発疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳 か月
	流行性耳下腺炎 (おたふく風邪)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳 か月	その他	病名 ( )	歳 か月
	水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳 か月		病名 ( )	歳 か月
その他	熱性けいれん (ひきつけ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	初回 歳 か月	最近 歳 か月	(過去 回数度)	
	喘 息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる { <input type="checkbox"/> 毎日 (□朝・□昼・□夕) ・ <input type="checkbox"/> 発作時のみ} <input type="checkbox"/> 吸入をしている { <input type="checkbox"/> 毎日 (□朝・□昼・□夕) ・ <input type="checkbox"/> 発作時のみ}				
	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 食事療法をしている(除去食品 ) ※食べてしまった時の症状( )				
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる( ) <input type="checkbox"/> 薬を塗っている( )				
	上記以外の病気や大怪我をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい(具体的に )				
	発達上、気になることがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい(具体的に )				
	頭を強く打ったことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい(具体的に )				
	入院したことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい(具体的に )				
	常時飲んでいる薬がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい(具体的に )				
	与薬後、発疹や異常が出たことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい(具体的に )				
その他の体質やアレルギー、癖などはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい(具体的に )					

## 利用規約 及び 承諾書

### フェアリーテイル鷺宮駅前園 病後児保育利用のご案内

共働きや核家族が増えている現在、お子様が病気になった時に保育所や幼稚園には預けられず、やむを得ず仕事を休むことになった等、お困りになったことがあると思います。

フェアリーテイル鷺宮駅前園では子育てと、就労の両立を支援したいと思い、「病児・病後児保育室」を開設しました。病児・病後児保育室では病気のお子様を看護師、保育士が安静の確保に配慮して一時的にお預かりするサービスです。

こんな時、病後児保育をご利用ください。

- ・病気の『回復期』であり、保育所や幼稚園などの集団生活は難しい場合

#### 対象児童年齢・利用定員

生後6か月～就学前の児童⇒2名（※場合によっては1名）

#### 利用時間と利用料金

- ・病児病後児保育の利用は、月曜日～金曜日 9：00～17：00です。休み（土・日・祝日）
- ・託児利用料金に下記の病児保育料金ががかかります。

年齢	一日料金 (9：00～17：00)
生後6か月～就学前の児童	3,000円／1日

#### 利用できる病気・症状

- ・医師が利用可能と判断した病気、症状。

※万全の感染対策をしていますが、絶対にうつらないとは限りません。ご心配はごもっともですが、保育施設の利用にあたっては他の病気のお子さまと一緒に預かりすることをご理解いただきますようお願い致します。

また、予約時に症状やご様子をお伺いし、場合によってはご利用できないこともありますのでご了承ください。

#### 事前登録

- ・病児病後児保育をご利用される方は、予め指定の登録申込用紙で登録をお願いします。
- ・フェアリーテイル鷺宮駅前園を初めてご利用される場合は、利用契約書が必要です。

事前登録・契約時には、以下の物をご持参ください。

- 印鑑 ○健康保険証 ○乳幼児医療費受給者証 ○母子手帳

#### 登録料

- ・一切、頂いておりません

ご予約はご利用の前日の17:30時までにお電話でお願いいたします。  
17:30時以降の場合は、当日朝8:30から電話で受け付けます。  
※土日祝は園が休日のため、受付はしておりません。  
※木曜日は石川小児科医院が休診の為、前日に診察を受けているお子様のみのお預かりになります。  
また、木曜日に預けたい場合は木曜の朝に診察を受けてからのお預けになります。

**ご予約電話番号 03-5356-8797**

#### キャンセル

ご予約後のキャンセルは当日朝9時までに必ずご連絡ください。

#### 登園当日

- ・登園の当日までに病院を受診してください。(※必ずかかりつけ医での診察をお願いします)
- ・医療機関との連携のため、かかりつけ医に医師連絡表を記入していただき登園の際にご持参ください。

※来園時には感染防止のため、病後児保育室専用の出入り口より入室してください。  
※保育中に病状が悪化し、保育の継続が困難となった時は予定時間内であっても連絡を入れさせていただきます。  
早めにお迎えをお願いします。  
※お預かり中は必ず連絡が取れるように携帯電話等をお持ちください。

#### 持ち物

- 薬 (処方のお薬が分かるものかお薬手帳と与薬シートを一緒にお持ちください。)
- 着替え一式 (2~3組程度)
- ハンドタオル (1枚)
- お昼寝用バスタオル (2枚) ※寒い季節は毛布や布団も必要に応じてお願いします。
- おむつ、ミルク (乳児は哺乳ビン類等)、離乳食、昼食、おやつ、飲み物
- お気に入りの小物やあった方が落ち着くものがあればぜひ持ってきてください。

上記の内容を承諾いたしました。

記入日 年 月 日

保護者住所

保護者氏名 印

対象児童名

利用期間 年 月 日 ~ 年 月 日

病児・病後児保育 医師連絡票 (医療機関記入)

施設長 宛て

医療機関 住所

名称

医師名

印

電話番号

中野区病児・病後児保育事業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。

児童氏名	生年月日		平成 年 月 日
住所	丁目 番号		電話番号
傷病名	※該当する傷病名、症状に“「○」印”をお願いします。		
	01 感冒・感冒様症候群	10 自家中毒	19 麻疹
	02 咽頭炎	11 中耳炎	20 水痘
	03 扁桃腺炎	12 外耳炎	21 風疹
	04 気管支炎	13 結膜炎	22 百日咳
	05 喘息	14 膿痂疹	23 骨折
	06 喘息性気管支炎	15 突発性発疹症	24 火傷
	07 感冒性嘔吐症	16 手足口病	25 その他( )
	08 感染性胃腸炎	17 伝染性紅斑	26 病名不明
	09 消化不良	18 流行性耳下腺炎	
※該当する項目の□にチェック及び内容のご記入をお願いします。			
病状 症状の経過 治療状況等	□上記傷病の回復期に至っていない □隔離を要する		□上記傷病の回復期に至っている
	既往歴 家族歴		
食事に関する 特別な指示	留意点：□なし □あり( ) □普通食 □胃腸食 □離乳食(□前期 □中期 □後期) □ミルクのみ □アレルギー食(除去内容： )		
処方内容	与薬時間 食前 食間 食後 その他( ) ----- 薬品名・用量・用法		
その他 注意事項			
利用可能事業	この児童は診断の結果、 □病後児保育室(フェアリーテイル鷲宮駅前園)  の利用が可能です。		
利用期間	本日より 日間程度 ※7日を限度とします。		

注3 事業の利用可能年齢は、病後児は生後6か月以上から就学前までの児童です。

注4 回復期とは、次に掲げるものをいいます。

- 1 感冒等、日常的にかかる疾患 ⇨ 急性期を経過した以降
- 2 気管支炎及びぜん息等の呼吸器系疾患 ⇨ 発作が治まった以降
- 3 麻疹、水痘、風疹等の感染性疾患 ⇨ 他児に感染する恐れのある感染期を経過した以降
- 4 骨折、熱傷、火傷等の外傷性疾患 ⇨ 症状が安定した以降



## 与薬シート

年 月 日

園児名	
時 間	食前・食後・( )時
薬の剤形	粉 袋・液 ml 目盛り・外用薬
薬の内容	抗生剤・下痢止め 風邪薬・その他( )
医院・病院名	
保護者サイン	

フェアリーテイル鷺宮駅前園

## 与薬シート

年 月 日

園児名	
時 間	食前・食後・( )時
薬の剤形	粉 袋・液 ml 目盛り・外用薬
薬の内容	抗生剤・下痢止め 風邪薬・その他( )
医院・病院名	
保護者サイン	

フェアリーテイル鷺宮駅前園

## 与薬シート

年 月 日

園児名	
時 間	食前・食後・( )時
薬の剤形	粉 袋・液 ml 目盛り・外用薬
薬の内容	抗生剤・下痢止め 風邪薬・その他( )
医院・病院名	
保護者サイン	

フェアリーテイル鷺宮駅前園

## 与薬シート

年 月 日

園児名	
時 間	食前・食後・( )時
薬の剤形	粉 袋・液 ml 目盛り・外用薬
薬の内容	抗生剤・下痢止め 風邪薬・その他( )
医院・病院名	
保護者サイン	

フェアリーテイル鷺宮駅前園

## 与薬シート

年 月 日

園児名	
時 間	食前・食後・( )時
薬の剤形	粉 袋・液 ml 目盛り・外用薬
薬の内容	抗生剤・下痢止め 風邪薬・その他( )
医院・病院名	
保護者サイン	

フェアリーテイル鷺宮駅前園

## 与薬シート

年 月 日

園児名	
時 間	食前・食後・( )時
薬の剤形	粉 袋・液 ml 目盛り・外用薬
薬の内容	抗生剤・下痢止め 風邪薬・その他( )
医院・病院名	
保護者サイン	

フェアリーテイル鷺宮駅前園

## 与薬シート

年 月 日

園児名	
時 間	食前・食後・( )時
薬の剤形	粉 袋・液 ml 目盛り・外用薬
薬の内容	抗生剤・下痢止め 風邪薬・その他( )
医院・病院名	
保護者サイン	

フェアリーテイル鷺宮駅前園

## 与薬シート

年 月 日

園児名	
時 間	食前・食後・( )時
薬の剤形	粉 袋・液 ml 目盛り・外用薬
薬の内容	抗生剤・下痢止め 風邪薬・その他( )
医院・病院名	
保護者サイン	

フェアリーテイル鷺宮駅前園

## 利用申込書兼家庭連絡票

施設長あて

下記のとおり、病児・病後児保育事業の利用を申し込みます。  
また、病後児保育事業利用中、必要に応じ担当者が主治医に連絡することを承諾します。

申込者		利用施設	(病後児)：フェアリーテイル鷺宮駅前園
児童氏名		お迎えにくる方	続柄 ( )
利用日時	月 日 ( 曜日)	時 分から	時 分まで

※連れてきた方と違うお迎えの場合は、身元が分かるものをお持ちください

昨日～今朝までのお子さんの様子を記入してください。□にチェック☑を ( : ) に (時:分) を

食事	□夕食 ( : ) 食事内容・食べた量	□母乳□ミルク□牛乳 ( : ) cc
	□朝食 ( : ) 食事内容・食べた量	□母乳□ミルク□牛乳 ( : ) cc
睡眠	□ ( : ) ~ ( : ) □ ( : ) ~ ( : )	
与薬	□昨夕 ( : ) □今朝 ( : )	
健康	体温 平熱 ℃ 前夜 ( : ) ℃ ( : ) ℃ 朝 ( : ) ℃	
	鼻汁 □ない □多い □少ない 咳 □ない □多い □少ない □睡眠時多い	
	機嫌 □良い □やや悪い □悪い 喘鳴 □ない □多い □少ない □睡眠時多い	
	嘔吐 □ない □あり ( : ) ( : )	
	排便 □ない □あり ( : ) ( : ) 便性状 ( )	

子どもの様子・保育に配慮して欲しい事 (体調、好きな遊び、お昼寝の癖等)

与薬 依頼	薬の種類 : □飲み薬 (水薬・散薬) □軟膏 □点眼薬 □その他 ( )
	与薬時間 : □食前 □食後 □食間 □その他 ( )
	※与薬は「病児・病後児保育医師連絡票」に記載されている処方内容のみです ※病後児保育室では、頓服薬 (解熱剤) のお預かり、与薬は行いません ※薬は1回分量で袋・容器に名前を書いてお持ちください ※薬剤情報提供書があれば持参してください

### ■病後児保育室から 来室時検温 ℃

時間 項目	昼食前	午睡前	午睡後	帰宅前
体温	℃	℃	℃	℃
水分補給				
便				
尿				
嘔吐				
咳	・多い	・少ない	・ない	・睡眠に影響
喘鳴	・多い	・少ない	・ない	・睡眠に影響
鼻汁	・多い	・少ない	・ない	・睡眠に影響
顔色	・良好	・不良	・普通	
食欲	・あり	・ない	機嫌	・良・悪
その他				

食事	(初期・中期・後期・完了期・乳児・幼児) 食療養食・その他 ( )	
	( : )	( : )
○おやつ ○離乳食	○昼食	○おやつ ○離乳食
○ミルク ○牛乳 cc		○ミルク ○牛乳 cc
子どもの様子		
睡眠時間	① ( : ) ~ ( : ) ② ( : ) ~ ( : )	
与薬 (有・無)	与薬担当者 ( )	
与薬時刻 ( : )	食前・食後・食間・その他	