

利 用 申 込 書

令和 年 月 日

NICOLAND はいくえん病児保育室の利用をします。(しました)

病児保育「ご利用のしおり」の内容を確認し承諾しました。

利用児童氏名

保護者氏名

主な症状

体温℃

利用開始時刻時分

お迎え（予定）時刻時分

給食サービス要不要

本日連絡がつきやすい電話

病児保育室記録



利用日 ※太枠内ご記入をお願いします。

年 月 日		氏名		(男・女)		歳 ヲ月	
ご家庭での様子				保育室での様子			
体温	昨夜		今朝		時 分	時 分	時 分
	℃		℃		℃	℃	℃
睡眠時間	時 分～		時 分		時 分～ 時 分		
機嫌	良 ・ 普通 ・ 不良			良 ・ 普通 ・ 不良			
鼻水	多い ・ 少ない ・ なし			多い ・ 少ない ・ なし			
せき	多い ・ 少ない ・ なし			多い ・ 少ない ・ なし			
喘鳴	多い ・ 少ない ・ なし			多い ・ 少ない ・ なし			
嘔吐	あり ・ なし			あり ・ なし			
	時頃 多量・少量			時頃 多量・少量			
排尿	多い ・ 普通 ・ 少ない			多い ・ 普通 ・ 少ない			
排便	あり ・ なし (回)			あり ・ なし (回)			
	時頃 普通・軟・下痢			時頃 普通・軟・下痢			
発疹	あり(部位)・なし			あり(部位)・なし			
食欲	普通 ・ 少ない ・ なし			普通 ・ 少ない ・ なし			
内容 ミルクの 時間と量 をもこち らに記入	夕食 朝食			昼食(ミルク)			
				おやつ			
薬	あり ・ なし			あり ・ なし			
	解熱剤使用時間		時頃	時 分 (内容)			
ご家庭の 様子 ※配慮事 項等あり ましたら ご記入く ださい				看護師より			
				保育士より			

与藥依頼書

依頼日	令和 年 月 日			
依頼先	NICOLANDはいくえん病児保育室			
依頼者	児童氏名			
	連絡先(連絡が容易な番号)			
	保護者氏名			
医療機関	電話番号			
病名・症状				
与薬日時	令和 年 月 日 時			
内服薬	薬の名前:			
	形状: 粉薬・錠剤・シロップ・その他 ()			
	内容: 抗生物質・咳止め・その他 ()			
	用法: 昼食(前・後)・午後のおやつ(前・後)・その他 ()			
塗り薬 点眼薬等	薬の名前:			
	内容: 塗り薬・点眼薬・その他 ()			
	使用時間: ()			
	※塗り薬の場合、塗布する場所をご記入ください。 場所: ()			
依頼事項 (その他)				
保護者の方へ(以下の1~4番の注意事項をよくお読み頂いた上でご提出ください) (1) 登園は、医療機関ではないため保護者の予約依頼書をもとづき与薬しますので、定められた使用方法を正しくご記入ください。 (2) 与薬できる薬は医療機関で処方された薬のみとなっています。市販の薬は与薬できませんのでご了承ください。お薬手帳等コピーと一緒にご提出ください。 (3) 連日病児保育を利用になる場合、毎回依頼書をご提出ください。 (4) 抗けいれん薬や気管支喘息の吸入薬、アレルギーに関する薬(エピペンなど)に関しては、別途依頼書がありますので職員にお声がけください。				
・内服薬は1回1包につき1枚の与薬依頼書が必要です。 ・処方については医師と相談していただき、詳細な情報をお知らせください。		責任者	与薬担当者	保護者
		印	サイン	印
			日時	