（第2号様式1）

様式改訂日：平成31年4月1日

新宿区病児・病後児保育利用連絡票

病児・病後児保育室
病後児保育室
ファミリー・サポート・センター
宛て

医療機関　住　所
名　称
医師名　　㊞
電　話
診断日時　　年　月　日　時　分

この児童は、診察の結果、病児・病後児保育室、病後児保育室、ファミリー・サポート・センターの利用が可能と思われますので連絡します。

（保護者・利用会員記入欄）

ふりがな 児童氏名		生年月日 （年齢）	年　月　日 （　歳　ヶ月）
住所	新宿区 〔電話　〕		
保護者氏名		保育園名	
かかりつけ医	〔電話　〕		
利用希望施設 （○をする） ※複数でも可	1　病児・病後児保育室（わらべうた四谷・新宿いるま） 2　病後児保育室（原町みゆき・オルト・新宿こだま） 3　ファミリー・サポート・センター		

（医療機関記入欄）

病名	※ 原町みゆき保育園では、手足口病、ヘルパンギーナの場合、利用できません。		
病児・病後児の区分	1　病気の回復期に至らない（病児）　※ 病後児保育室では受入れ不可 2　病気の回復期にある（病後児）		
利用（見込）期間	診断日（本利用連絡票作成日）を含め　日間程度	※ 利用可能日数にかかわる重要な情報ですので、必ずご記入ください。	
急変の可能性 （○をする）	1　高い 2　低い 3　極めて低い	予想される病状の変化	
病状悪化時の対応指示			
安静度 （○をする）	1　ベッド上で安静　※ 病後児保育室では受入れ不可 2　室内安静（室内での静的な遊び、受け身的な遊びは可） 3　室内保育（室内でのやや活動的な遊び、他の児童との集団的な遊びは可）		
食事に関する指示 （○をする）	普通食（乳児食・幼児食） 胃腸食（　） アレルギー食（除去内容　）		
処方内容	※ 院外処方の場合は、薬局発行の調剤内訳の写しを本書に添付すること。		
留意事項			

（注1）病気の回復状況によっては、本利用連絡票の再提出を求めることがあります。
（注2）利用（見込）期間内は、児童の病状に関する問合わせにご協力ください。

わらべうた四谷病児室

家庭連絡票
（ファミリーレポート）　　年　月　日（　）

児童名	（　歳　ヶ月）	在園施設	
お迎えに来る方		お迎え時間	
本日の連絡先（TEL）	①　　②	③	
翌日の予約	不要　・　病児室と相談　（翌日利用希望時間：　時　分～　時　分）		
状況報告（午睡明け）	不要　・　必要　（翌日利用希望の方も”必要”に〇をお付けください）		

家庭		病児室	
体温	前夜：　℃　今朝：　℃	体温	午前：　℃　午後：　℃
解熱剤使用	なし　あり（最終使用：　時　分）	鼻汁	多い　少ない　なし
ホクナリンテープ使用	なし　あり（貼付部位：　背部　胸部　）	咳	多い　少ない　なし
病児室での与薬の必要	なし　あり（　粉薬　シロップ　座薬　）	嘔吐	なし　あり（　回）
鼻汁	多い　少ない　なし	便	普通　軟　水様（　回）
咳	多い　少ない　なし	尿	多い　普通　少ない
嘔吐	なし　あり（　回/日）	昼食	
食欲	あり　少ない　なし		
昨晩の食事			
今朝の食事		おやつ	
睡眠時間	時　分～　時　分（多　普通　少）		
尿	最終排尿時間：　時　分		
便	最終排便時間：　時　分（普通・軟・水様）	午睡時間	時　分～　時　分
機嫌	良い　普通　悪い	回診の記録：担当医	

発熱の経過をご記入ください（連日利用の方は利用初日のみ記入）

月／日	発熱初日 ／	2日目 ／	3日目 ／	4日目 ／	5日目 ／
℃（AM）					
℃（PM）					

発熱以外の症状について、症状と経過をご記入ください。

【症状】

【経過】（いつから、どのように）

こどもの様子：記入者

現在飲んでいるお薬の名前は何ですか。

≪薬名≫

最終内服時間　　時　分

【病児室メモ欄】

わらべうた四谷病児室　与薬依頼書

以下の薬の与薬を依頼します。

依頼日	年　月　日	月　日	月　日	月　日	月　日

保護者署名		登録児童氏名	
医療機関名		処方された日	

薬の種類	与薬方法	日付・時間・与薬者				
臨時で使用する薬 薬名：	どのような時に使用するか （38.5 度以上で機嫌が悪い時等） 最後に使用した日時 使用時の連絡先					
臨時で使用する薬 薬名：	どのような時に使用するか 最後に使用した日時 使用時の連絡先					
病児室で内服する薬① 薬名：	服薬時間：・食前　・食間　・食後　分 服用方法：・そのまま　・水で溶く　・その他 備考：					
病児室で内服する薬② 薬名：	服薬時間：・食前　・食間　・食後　分 服用方法：・そのまま　・水で溶く　・その他 備考：					
軟膏 薬名：	使用時間 使用箇所： 備考：					
点眼薬 薬名：	使用時間 使用箇所： 備考：					

＊薬は 1 回分を持ってきて下さい。

＊水剤は、容器ごと持ってきて下さい。飲む量を示す目盛を明らかにしてきて下さい。

＊薬には必ず日付と名前を（複数ある場合はそれぞれ）書いてください。

＊薬剤情報提供書、お薬手帳お持ちください。

＊臨時薬は保護者に連絡した後に使用します。使用時の連絡先に必ず連絡がつくようにしてください。

＊5 日間以上与薬が必要な場合は、新しい与薬依頼書をご用意下さい。

わらべうた四谷病児室　持ち物チェックリスト

年　　月　　日（　　）　　児童名【　　】

※すべての持ち物にお名前をお書きください。

保護者確認欄			入室時スタッフ確認欄	退室前スタッフ確認欄		
☐利用連絡票（医師記入済みのもの）			有			
☐家庭連絡票			有			
☐母子手帳			有			
☐乳児医療証／健康保険証			有			
薬がある場合	薬には必ず名前・薬名・日付を記入して下さい。	☐与薬依頼書	有 ・ 無			
		☐お薬手帳	有 ・ 無			
		☐薬局発行お薬説明書	有 ・ 無			
		☐粉剤（　　個）☐錠剤（　　個）		使用 ・ 未使用		
		☐水剤（　　個）☐軟膏（　　個）☐点眼薬		持参容器返却		
		☐臨時薬（座薬・粉剤・その他　　）（　　個）		使用 ・ 未使用		
☐保育園連絡帳						
☐フェイスタオル　1枚						
☐着がえ（上・下・肌着　各3組程度）				使用済み	未使用	合計
上		枚		枚	枚	枚
肌着		枚		枚	枚	枚
下		枚		枚	枚	枚
その他				枚	枚	枚
				枚	枚	枚
☐ビニール袋　（3枚程度）						
必要に応じて	☐紙おむつ（10枚）	枚				
	☐おしりふき					
その他			靴：1　2　3　4・　無			
			靴下:　有 ・ 無	靴下:　有 ・ 無		
			入室時確認サイン:	退出時確認サイン:		

より良い園づくりのため、アンケートのご協力をお願い致します。