

宝塚市病児・病後児保育事業調査票(登録票)

平成 年 月 日

記入者名(保護者) _____

児童氏名 <small>アトピー</small>		男 女	愛称 性格
生年月日	平成 年 月 日 (歳 カ月)		
住所			
緊急連絡先	①氏名 (続柄) TEL		
	②氏名 (続柄) TEL		
保育所等	名称 TEL		
かかりつけ医	病院名 TEL		
出生時の状況	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり()		
発育・発達	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや遅い <input type="checkbox"/> わからない		
既往歴	(かかったものに印を付けてください) <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか) <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> その他()		
入院歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(歳ごろ、病名: 医療機関名:)		
定期的に飲んでいる薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(疾患名: 薬の種類: 服薬方法:)		
予防接種	(受けたものに印を付けてください) <input type="checkbox"/> Hib(ヒブ) (1回、2回、3回、追加) <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ(1回、2回、3回、初回追加) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(1回、2回、3回、追加) <input type="checkbox"/> 三種混合(1回、2回、3回、I期追加) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹(MR) (1期、2期) <input type="checkbox"/> 四種混合(1回、2回、3回、I期追加) <input type="checkbox"/> 日本脳炎(I期初回、I期追加) <input type="checkbox"/> 水痘() <input type="checkbox"/> その他()		
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(食材等:)アレルギー検査実施 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		
食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
食事	好きな食べ物: 嫌いな食べ物: 内容 主食: <input type="checkbox"/> ごはん <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> かゆ 副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 離乳食: <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了期		
排泄	オムツ: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし トイレへの誘導方法:		
昼寝	約 時間/日 寝るときのくせ等:		
好きな遊び			
その他	保育上配慮して欲しいこと、注意が必要なことがあれば記入してください。		

宝塚市病児・病後児保育事業利用紹介書

(診療情報提供書)

宝塚市長宛

宝塚市病児・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	男・女	生年月日	平成 年 月 日生
住所	宝塚市	電話番号	
病名等	<input type="checkbox"/> 感冒、感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎、咽頭炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息、喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 (流行性嘔吐下痢症) <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> インフルエンザ _____ 型 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 () ※ 麻疹、シラミ、疥癬について受入不可		
病名不明の時	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 ()		
隔離の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要なし		
入院の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要なし ※入院が必要な場合、病児・病後児保育はご利用できません。		
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静 (ベッド上での生活が主。他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)		
薬剤の処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名 () 与薬方法 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ()		
配慮を要する事項			
上記の症状は、	1. 感冒、消化不良症 (多症候性下痢) 等児童が日常罹患する疾病 2. 麻疹、水痘、風疹等の伝染性疾患 3. 喘息等の慢性疾患 4. 熱傷等の外傷性疾患 により紹介します。		
利用する事業	<input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 病後児保育		
保育を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 保護者の健康状態 <input type="checkbox"/> 家族の介護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭		
平成 年 月 日	<医療機関> 所在地 名称 電話番号 担当医師氏名		
	印		

※宝塚市宛に情報提供した場合に診療情報提供料 (I) を算定することができる (250 点)。

患者一人につき月 1 回に限り算定する。

連絡票

年	月	日	登園時間	時	分	送者()	対応()										
フリカナ()																	
児童氏名			平熱()°C 体重()Kg														
《自宅での様子》				《園での様子》													
これまでの経過:(利用初日のみ記入) いつから()どんな症状() 熱(なし・あり °C) その他: 昨夜の状態: 今朝の状態:				時間													
				体温	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
前日の受診 行った・行かなかった 睡眠 : ~ : 良眠・不眠 坐薬の使用:なし・あり(時 分) 朝食 時 分 内容() 食欲: あり・普・なし 排便 なし・あり・普・泥状・水様・硬 (昨夜~今朝)回数() 薬の持参 水薬・粉薬: あり・なし 坐薬: あり・なし				40													
				39													
				38													
				37													
				36													
保育中気をつけてほしいこと(自宅からの連絡事項) 保育上の注意点(保育の申し送り事項) ①身体面: ②精神面: ③遊び:				坐薬の使用													
				状態													
				(脈・呼吸)			9		12		15		18				
				午睡													
				お茶 計 ml													
				牛乳 計 ml													
				食事量 全=10													
				おやつ量													
				発汗													
				尿													
便																	
与薬内容																	
				施行者サイン													
				食事・おやつ内容													
				保育中の様子													
				サイン													
				家庭で気を付けてほしい事													
				サイン													
お迎え予定 時 分 父・母 その他()				降園時刻 時 分 迎者()				対応()									

病児・病後児保育事業利用申請書兼承諾書

宝塚市病児・病後児保育事業の利用を次のとおり申請します。

この申請書を実施施設で使用する事及び市が実施施設より利用状況(利用年月日、病名)の報告を受けることに同意します。

また、利用料の算定に関し、下記利用者区分に該当する場合は、市民税について調査することを承諾します。

平成 年 月 日

(あて先)宝塚市長

申請者(保護者) 住所
氏名

印

申請児童名	性別	生年月日	お子さまの愛称
	男 女	年 月 日生 歳 カ月	
保護者及び家族	氏名	続柄	連絡先(自宅)
			TEL
			TEL
			TEL
緊急連絡先			TEL
保育所(園)・学校名等	TEL		
主治医名	TEL		
利用するルーム名	<input type="checkbox"/> エンジェル・スマイル(病児) <input type="checkbox"/> ひまわりルーム(病児) <input type="checkbox"/> さくらんぼルーム(病後児)		
子どもの健康状態及び注意事項 ◎ 食事について(食事制限の有無) ◎ その他(体質、くせ又は障がいなど心配なこと、配慮してほしいこと)			
利用者区分(下記に該当する方はチェックしてください) <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税所得割 48,600円未満世帯 <input type="checkbox"/> 不明			

<input type="radio"/> 利用料: 2,000円・1,000円・無料 4,000円(市外住民・病児のみ)	<input type="radio"/> 利用理由: 就労・冠婚葬祭 その他()
<input type="radio"/> 利用料の確認: 公簿・課税証明書	<input type="radio"/> 利用開始日: 年 月 日

上記の申請を受け、利用を承諾します。

年 月 日

課長	係長	係

