

<様式1>

病後児保育室「トウィンクル」

登録番号_____

登録証・児童票

登録日 年 月 日

ふりがな 児童氏名					男・女
生年月日	年	月	日	(歳	ヶ月・第 子)
住所 電話番号	()				—
父	氏名	生年月日 / /	携帯電話		
	勤務先		電話番号		
母	氏名	生年月日 / /	携帯電話		
	勤務先		電話番号		
兄弟・姉妹	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)		
通園 (学) 名	() こども園・保育園・幼稚園・小学校				
かかりつけ医	病院名	電話番号			
新生児期	出生体重 () g	出生時の異常 (有 ・ 無)			
乳幼児期 の発達	首の座り (ヶ月)・おすわり (ヶ月)・ひとり歩き (ヶ月) 発達の遅れ (無・疑い・有) →有の場合内容 () 発語：意味のある言葉 (ヶ月) 栄養法 (母乳・混合・ミルク) 離乳食開始時期○初期：__ ヶ月○中期：__ ヶ月○後期：__ ヶ月 ○幼児食__ 歳__ ヶ月				
予 防 接 種	BCG	未 ・ 済			
	ポリオ (生・不活) 4種混合接種者は未記入	未・ 1回目済・ 2回目済・ 3回目済・ 4回目済			
	<input type="checkbox"/> 3種 <input type="checkbox"/> 4種混合	未・ 1回目済・ 2回目済・ 3回目済・ 4回目済			
	日本脳炎	未・ 1回目済・ 2回目済・ 追加済			
	ヒブワクチン	未・ 1回目済・ 2回目済・ 3回目済・ 追加済			
	肺炎球菌	未・ 1回目済・ 2回目済・ 3回目済・ 追加済			
	おたふくかぜ	未・ 1回目済・ 2回目済			
	水痘	未・ 1回目済・ 2回目済			
	B型肝炎	未・ 済			
その他					

<様式2>

当施設における病後児保育室「トウクル」の提供を開始するにあたり、本書面にに基づき、利用規約の説明を行いました。

施設名 : きらりの星こども園 病後児保育室「トウクル」

説明者 : 職名

氏名

私は、本書面に基づいて、病後児保育室「トウクル」の利用に当たって利用規約の説明を受け、内容を理解、承認したうえで利用申請をします。

年 月 日

保護者氏名 : 印

保護者住所 :

児童氏名 :

児童からみた続柄 :

<様式3>

登録番号 _____

きらりの星こども園 病後児保育室「トウインク」の利用を次の通り申し込みます。
この申込書を実施施設で使用する事及び実施施設が利用状況（利用年月日、病名）を統計
報告書等に使用することに同意します。

年 月 日

(宛先) きらりの星こども園 病後児保育室「トウインク」

申込者（保護者）住所

氏名

印

児童名	性別	生年月日	満年齢
住所			
緊急 連絡先	氏名	続柄	電話番号
通学・通園施設			
利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
かかりつけ医名 電話番号	() - -		
子供の健康状態及び注意事項 ◎食事について (食事制限の有無) ◎必要とする配慮事項等			

<様式4>

登録番号 _____

医師連絡票

きらりの星こども園

病後児保育室「トウィンクル」の利用にあたり必要な情報について、下記の通り提供します。

児童氏名	男・女	生年月日	
住所		電話番号	
病名	<input type="checkbox"/> 感冒、感冒性症候群 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎、咽頭炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ ____型 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 気管支喘息、喘息用気管支炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎(流行性嘔吐下痢症) <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> その他 () ※麻疹、水痘、はやり目、シラミ、疥癬については受入不可		
症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他()		
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) <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			
年 月 日			
<医療機関>			
所在地			
名称			
TEL			
担当医師氏名			印

<様式6>

病後児保育室「トインクル」

登録番号_____

家庭との連絡票（保護者の方が記入してください。）

児童氏名_____ 利用日 年 月 日

本日のお迎え時間（ : ）
お迎えに来る方（ ）
当園不可の場合、翌日も利用されますか （ 希望する ・ 希望しない ）

自宅での様子

これまでの経過：(利用初日のみ記入)			
昨日の病院受診（ 有 ・ 無 ）			
今朝の体温： 度 分		昨夜の体温： 度 分	
鼻水	多・中・少・無	喘鳴	多・中・少・無
咳	多・中・少・無	尿 排便	多・普通・少量 最終排便 /
下痢	昨夜：有・無 今朝：有・無	嘔吐	昨夜：有・無 今朝：有・無
水分	昨夜：普 ・ 少 今朝：普 ・ 少		
食事	前日夕食（ 時 分ごろ）内容・量（ ） 朝食（ 時 分ごろ）内容・量（ ） 最終ミルク時間（ 時 分ごろ）量 ml 時間おき		
睡眠 （ 時 分ごろ～ 時 分位） 眠れる ・ 時々起きる ・ 眠れない			
機嫌 よい（普段通り）・だるそう・ぐずり気味・興奮			
内服液： 飲めた→昨夜 ・ 今朝 飲めなかった			
外用薬：塗り薬・点眼・点耳鼻 使用：昨夜・今朝・使用せず			
配慮してほしい点をご記入ください。			
該当される方のみご記入ください。 解熱剤・吐き気止め・痙攣止め・吸入（使用時間 : ）			