

### 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

東京都新宿区〇〇町XX-X

名称

XXこどもクリニック

医師名

山下 太郎

電話

03-XXXX-XXXX

診断日時

20XX年 XX月 XX日 X時 X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ですと思われるので連絡します。

#### (保護者・利用会員記入欄)

ふりがな 児童氏名	わらべうた 童歌	生年月日 (年齢)	20XX年XX月XX日 (2歳6ヶ月)
住所	新宿区 大京町XX-XX XXレジデンシャル303 [電話 090-XXXX-XXXX]		
保護者氏名	童太郎	保育園名	〇〇こども園
かかりつけ医	XXこどもクリニック [電話 03-XXXX-XXXX]		
利用希望施設 (○ををする) ※複数でも可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 病児・病後児保育室 (わらべうた四谷・新宿いるま) <input type="checkbox"/> 2 病後児保育室 (原町みゆき・オルト・新宿こだま) <input type="checkbox"/> 3 ファミリー・サポート・センター		

#### (医療機関記入欄)

病名	急性上気道炎		
	※ 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	3	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 (○ををする)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 高い <input type="checkbox"/> 2 低い <input type="checkbox"/> 3 極めて低い	予想される 病状の変化	発熱
病状悪化時の対応指示	保護者に連絡後、再受診		
安静度 (○ををする)	<input type="checkbox"/> 1 ベッド上で安静 ※ 病後児保育室では受入れ不可 <input type="checkbox"/> 2 室内安静(室内での静的な遊び、受け身的な遊びは可) <input checked="" type="checkbox"/> 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 (○ををする)	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 (乳児食・ <input checked="" type="checkbox"/> 幼児食) <input type="checkbox"/> 胃腸食 ( ) <input type="checkbox"/> 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。 別紙参照 または 薬剤名・用法・容量		
留意事項	無い場合は「なし」と記入		

(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られることがあります。

(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 児童票

※ 内容に変更があったときは、利用時にその旨をお伝えください。(保育園・感染症歴・予防接種・電話番号等)

記入日: 西暦 20XX 年 XX 月 XX 日				
登録完了のお電話を受けられる方: 父・母		※お電話は平日10:00~14:30の間にいたします。		
ふりがな お子さんの氏名	わらべ うた <b>童 詩</b>	男 <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日 (年齢) 西暦 20XX 年 XX月 XX日 (2歳 6か月)	
自宅住所	(〒 160 - 00XX ) 大京町XX-XX XXレジデンシャル303	自宅電話番号	080-XXXX-XXXX(母携帯)	
		メールアドレス	warabeuta@gmail.com	
保育園名	<b>〇〇こども園</b> ( 20XX 年 4 月より登園開始)			
保護者	ふりがな 父・氏名	わらべ たろう <b>童 太郎</b>	ふりがな 母・氏名	わらべ りこ <b>童 莉子</b>
	名称	<b>株式会社△△</b>	名称	<b>株式会社〇〇</b>
	住所	東京都港区港南〇〇-□ XXビル4F	住所	東京都千代田区九段北〇△-□ ●ビル3F
	電話	<b>03-0000-0000</b>	電話	<b>03-9999-9999</b>
	父・携帯電話	<b>080-XXXX-XXXX</b>	母・携帯電話	<b>090-XXXX-XXXX</b>
保護者以外の緊急連絡先	ふりがな 氏名	わらべ ごろう <b>童 吾郎</b>	電話番号	<b>070-XXXX-XXXX</b>
			児童との関係	叔父
緊急連絡先( )内に優先順位を記入	父・勤務先 ( 2 )	母・勤務先 ( 1 )	父・携帯電話 ( 3 )	母・携帯電話 ( 4 )
かかりつけ医療機関	名称	<b>〇×こどもクリニック、XX小児科</b>		
出生時の状況	出生体重	<b>3520</b> g	妊娠週数	<b>40</b> 週 <b>0</b> 日
(済んだものに〇)	BCG	未・ <input checked="" type="radio"/> 済	MR(風疹・はしか)	未・ <input checked="" type="radio"/> 1・2
	DPT-IPV-hib(五種混合)	未・1・2・ <input checked="" type="radio"/> 3・追加	おたふく	未・ <input checked="" type="radio"/> 1・2
	DPT-IPV(四種混合)	<input checked="" type="radio"/> 未・1・2・3・追加	肺炎球菌	未・1・ <input checked="" type="radio"/> 2・3・追加
	ヒブ	未・1・ <input checked="" type="radio"/> 2・3・4	日本脳炎	未・1・ <input checked="" type="radio"/> 2・I期追加
	ロタウイルス	未・1・ <input checked="" type="radio"/> 2・3	B型肝炎	未・1・ <input checked="" type="radio"/> 2・3
	みずぼうそう	未・ <input checked="" type="radio"/> 1・2		
感染症歴	はしか	<input checked="" type="radio"/> 未・済	風疹	<input checked="" type="radio"/> 未・済
	みずぼうそう	<input checked="" type="radio"/> 未・済	百日咳	<input checked="" type="radio"/> 未・済
	おたふく	<input checked="" type="radio"/> 未・済	突発性発疹	未・ <input checked="" type="radio"/> 済
	その他(上記以外のもの)	<b>インフルエンザ、RSウイルス</b>		

裏面に続く⇒

熱性けいれん	なし・ <b>あり</b>	回数：計 <b>3</b> 回	初回： <b>1</b> 歳 <b>6</b> か月	最後： <b>2</b> 歳 <b>1</b> か月	
		けいれんの様子	<b>目：上にむいて白目になっていた、手足：左右対称に突っ張っていた</b>		
		ダイアップ	なし <b>あり</b> ⇒(使用のタイミング： _____ °C以上 _____ )		
その他のけいれん/てんかん(熱性けいれん以外のもの)	<b>なし</b> ・あり (診断名)	回数：計 _____ 回	初回： _____ 歳 _____ か月	最後： _____ 歳 _____ か月	
		けいれん/てんかんの誘因	どのような状況？何をしているとき？前兆はあるか？		
		けいれん/てんかんの様子			
		けいれん/てんかんの薬	なし・あり ⇒ _____ 毎日・発作時のみ (薬剤名： _____ )		
基礎疾患	現在、定期通院をしていますか？ <b>はい</b> ・いいえ ※「はい」の方は下記の欄をご記入ください。				
	【医療機関名】 <b>XX国際医療センター</b>		通院期間： <b>1</b> 歳 <b>0</b> 月から	頻度： <b>3</b> カ月おき	
	【通院の目的】 <b>発達フォロー（歩行、発語）</b>				
アレルギーについて	食物	なし・ <b>あり</b> (食品名： <b>乳、卵アレルギー（エピペン、内服薬所持）</b> )			
		食事制限の程度 ( <b>保育園では完全除去対応</b> )			
	薬	なし・ <b>あり</b> (薬剤名： <b>ラックビーR</b> )			
	その他	なし・ <b>あり</b> ( <b>ハウスダスト</b> )			
喘息	なし・ <b>あり</b>	飲み薬	飲んでいない・ <b>飲んでいる</b> ・発作時のみ (薬剤名： _____ )		
		吸入薬	していない・ <b>毎日</b> ・発作時のみ (薬剤名： <b>パルミコート</b> )		
		通院期間	<b>1</b> 歳 <b>6</b> 月から <b>1</b> カ月おき 【医療機関名】 <b>XXこどもクリニック</b>		
肌の状態	<b>乾燥</b> ・湿疹	使用中の薬	内服・ <b>軟膏</b> (薬剤名： <b>ヒルドイド軟膏</b> )		
その他既往歴	病名	年齢	入院歴	手術歴	その後の経過
	<b>1</b>	<b>川崎病</b>	<b>1</b> 歳 <b>3</b> か月	なし・ <b>あり</b>	<b>なし</b> ・あり
<b>2</b>	<b>尿路感染症</b>	<b>2</b> 歳 <b>1</b> か月	<b>なし</b> ・あり	<b>なし</b> ・あり	<b>完治</b> ・経過観察中・治療中
その他の薬	その他に使用している薬はありますか？ いいえ・はい ⇒(内服・軟膏・点眼 / 薬剤名： _____ )				
生活習慣	排便回数	<b>1~2</b> 回/日	便意	知らせる・時々 <b>知らせる</b> ・知らせない	
	排尿回数	<b>8~10</b> 回/日	尿意	知らせる・時々 <b>知らせる</b> ・知らせない	
	昼寝	<b>3</b> 時間 ( <b>12</b> 時~ <b>15</b> 時頃)			
	睡眠のくせ	<b>目をこする、毛布の端をにぎにぎする</b>			
	人見知り	<b>多少するがすぐ慣れる、年配の男性は苦手です。</b>			
	好きな遊び・玩具	<b>おままごと、ぬりえ、お人形遊び</b>			
	その他配慮事項(発達上気になる点など)	<b>歩行がやや不安定で、何もないとこで躓きます。</b>			
食事内容	食事量	よく食べる・普通・食が <b>細い</b>			
	食事方法	<b>1人で食べられる</b> ・1人で食べようとする・食べさせる			