

## 山形市病児・病後児保育事業利用登録書

〒

希望者住所

希望者氏名

印

電話番号

次のとおり病児・病後児保育事業を利用したいので、利用登録を希望します。また、利用にあたっては、下記の事項を遵守します。

(1) 記載事項に変更が生じた場合には、その旨を届け出ること。

(2) 利用中は、実施施設の指示に従うこと。

実施施設	はやぶさ保育園			登録番号	
登録を希望する理由					
登録児童	児童氏名 (ふりがな)	性別	生年月日		現在通っている施設名
		男 女	年 月 日 ( 歳 ヶ月)		TEL _____
	かかりつけ医	( )	) 医院・病院 ( )		先生
	新生児期	出生児の異常(有・無)	発育・発達	ふつう・少し遅れている・わからない	
予防接種	三種混合	受けていない・受けた (I期1回 2回 3回 I期追加)			
	BCG	受けていない・受けた	ポリオ	受けていない・受けた (1回・2回)	
	はしか(麻疹)	受けていない・受けた	風疹	受けていない・受けた	
	水ぼうそう	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けていない・受けた	
	ヒブ	受けていない・受けた (1回 2回 3回 追加)			
	肺炎球菌	受けていない・受けた (1回 2回 3回 追加)			
これまでにかかった主な感染症や病気					
1.突発性発疹 2.はしか 3.風疹 4.水ぼうそう 5.おたふくかぜ 6.アトピー性皮膚炎 7.熱性けいれん(回数 回)(最後はいつ 年 月 日)(座薬の指示 有・無) 8.喘息および喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ) 9.その他( )					
入院したこと	ない・ある(具体的に: )				
食事制限	ない・ある(具体的に: )				
その他	体質(薬物アレルギー等)や、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい。				
登録児童以外の世帯	氏名	続柄	生年月日	会社・学校名等	電話番号
緊急連絡先	氏名	続柄	TEL		
	氏名	続柄	TEL		
生活保護の受給の有無 (該当する方に○をつけてください)	1. 受給している ( 年 月から) 2. 受給していない				
中国残留邦人等 支援給付の受給の有無 (該当する方に○をつけてください)	1. 受給している ( 年 月から) 2. 受給していない				

**山形市病児・病後児保育事業**  
**緊急サポートネットワーク事業利用連絡票**  
**(病児・病後児保育 やまがた子育てサポート応援団用)**

〒 ー

保護者住所

保護者氏名

山形市病児・病後児保育事業もしくは緊急サポートネットワーク事業の利用について  
 下記のとおり連絡いたします。

利用施設・まかせて会員名

	氏名	性別	生年月日・年齢	電話番号
フリガナ 利用児童		男・女	年 月 日 才 ヶ月	自宅 携帯
児童を保育 できない理由				
利用日時 (最長7日間)	月 日( ) : ~ : 月 日( ) : ~ :		、 月 日( ) : ~ : 、 月 日( ) : ~ :	
前日の様子	症状( ) 体温( )時ごろに( )°C 食べたもの( ) 排泄(便)( なし ・ 普通 ・ 軟 ・ 泥状便の水様便 ) 回数( )回 排泄(尿)( 多い ・ 普通 ・ 少ない ) 回数( )回 その他( )			
今朝の様子	症状( ) 体温( )時( )分ごろに( )°C 食べたもの・時刻( ) 排泄(便)( なし ・ 普通 ・ 軟 ・ 泥状便の水様便 ) 時刻( : ) 排泄(尿)( 多い ・ 普通 ・ 少ない ) 回数( )回 その他( )			
栄養方法	1 授乳中 : 母乳 ・ 人工 ・ 混合 (1回 cc × 回) 2 離乳食( ドロドロ ・ 舌でつぶせる ・ 歯でかめる) 3 普通食			
食事状況	1 全面介助 2 一人で食べるがかなりこぼす 3 一人で食べる (箸 ・ スプーン)			
排泄	1 おむつ (排泄を教える ・ 教えない) 2 時々おもらし 3 自立			
注意事項				

裏面もご記入ください。

## 病 状 等 記 入 欄

	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>1 感冒・感冒様症候群</p> <p>3 扁桃腺炎</p> <p>5 喘息・喘息性気管支炎</p> <p>7 感冒性嘔吐症</p> <p>9 中耳炎・外耳炎</p> <p>11 膿痂疹</p> <p>13 手足口病</p> <p>15 その他（</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>2 咽頭炎</p> <p>4 気管支炎</p> <p>6 消化不良症</p> <p>8 自家中毒症</p> <p>10 結膜炎</p> <p>12 突発性発疹症</p> <p>14 伝染性紅班(りんご病)</p> </div> </div> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>16 流行性耳下腺炎（腫れて5日経っていること）</p> <p>17 麻疹（解熱後2日経過していること）※</p> <p>18 水痘（すべての発疹がかさぶたになっていること）※</p> <p>19 風疹（発疹がでてから7日経過していること）</p> <p>20 百日咳（特有の咳が消失していること）</p> <p>21 インフルエンザ（発症後5日経過かつ解熱後3日経過していること）</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">※山形済生病院おひさまルームでは、麻疹・水痘症のお子さんをお預かりすることができません。</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>病名不明のとき</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>22 発熱</p> <p>24 嘔吐</p> <p>26 発疹</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>23 下痢</p> <p>25 喘鳴</p> <p>27 その他（</p> </div> </div>
安静度	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>1 ベッド上安静</p> <p>3 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可)</p> <p>4 室内保有(他児と室内で普通に遊んでよい。)</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>2 隔離室で隔離</p> </div> </div>
薬の処方	<p>1 投薬なし</p> <p>2 投薬あり(お薬手帳を参照)</p>
食 事 ( 昼 食 )	<p>ミルク・牛乳のみ・離乳食（前期・中期・後期）・幼児食</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">※アレルギー食は対応できない場合があります。</p>
その他 (指示事項)	
主治医確認	<p>病児・病後児保育もしくははやまがた子育てサポート応援団を利用できる旨 平成 年 月 日主治医から助言をいただきました。</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">医療機関名 TEL</p>