

病児保育室「きりん」登録票

カルテ番号 _____

登録番号 _____

令和 年 月 日記入

記入者名 _____

ふりがな 氏名		男女 男女	生年月日	年	月	日生 歳	月
保護者	父・氏名		歳		お子さんの愛称		
	母・氏名		歳				
	自宅住所(〒 -)						
自宅電話							
きょうだい	歳(男・女)		歳(男・女)		歳(男・女)		
同居者							
職場連絡先	父	職場名・職種			代表電話番号		
		職場住所			連絡電話番号(携帯も可)		
	母	職場名・職種			代表電話番号		
		職場住所			連絡電話番号(携帯も可)		
保育所名				電話番号			
かかりつけ医				電話番号			
周産期	妊娠中の異常(なし. あり)						
	出生時体重 g						
	出産は(予定通り. 日早かった. 遅かった)(在胎 週)						
	出産時の異常(なし. あり)						
乳児期の発達	首のすわり: カ月		おすわり: カ月		一人歩き: カ月		
	栄養法(母乳・人工・混合)						
	離乳食開始時期(前期: カ月		中期: カ月		後期: カ月		
	幼児食: 歳 カ月)						
	人見知り: カ月		母親の後追い: 歳 カ月				
	初語(意味のあることば): 歳 カ月						
予防接種・疾病の既往	感染症の既往		アデノウイルス: 年 月		マイコプラズマ感染: 年 月		
			ロタウイルス: 年 月		RSウイルス感染: 年 月		その他
	けいれん性疾患の既往		熱性けいれん(最終けいれん 年 月)		てんかん		
	ヒブ ① 年 月 ② 年 月 ③ 年 月		追加 年 月				
	プレベナー① 年 月 ② 年 月 ③ 年 月		追加 年 月				
	B型肝炎 ① 年 月 ② 年 月 ③ 年 月						
	BCG: 年 月		ロタウイルス: 1回 年 月 2回 年 月 3回 年 月				
	4種混合: 1期1回目 年 月 追加 年 月		2回目 年 月 3回目 年 月				
	ましん/ふうしん: MR ① 年 月 ② 年 月		水ぼうそう: ① 年 月 ② 年 月		おたふくかぜ: ① 年 月 ② 年 月		
	既往 年 月		既往 年 月		既往 年 月		
日本脳炎I期 ① 年 月 ② 年 月		追加 年 月					
インフルエンザ 既往 年 月		予防接種 ① 年 月 ② 年 月					

病児保育室「きりん」入室連絡票

入室児氏名 _____

月 _____ 日 _____

1. 症状・検温

あてはまる症状に○をつけてください。

発熱・咳・鼻汁・喘鳴・発疹・嘔吐・下痢・その他 (_____)

2. 発症日・症状・熱について

月 _____ 日 頃 _____ 【朝・昼・晩】

① <<検温>> 昨日 _____ 時 _____ °C 今朝 _____ 時 _____ °C

※熱が上がった場合、坐薬使用の有無や熱性けいれんの有無を必ず記入してください。

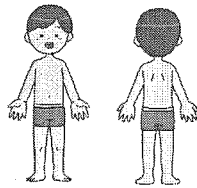
坐薬(頓服) 有・無 使用時間【 _____ 】

熱性けいれん 有・無 【 _____ 才の時 _____ 年 _____ 月頃】

②嘔吐下痢がある場合は昨日と今朝の回数、嘔吐下痢がなくても便の状態について教えてください。

※嘔吐： _____ / 回、下痢： _____ / 回 【 普通便・軟便・下痢 】

③発疹はどこにありますか？発疹箇所○してください。



発疹箇所 【痛み・かゆみ】 はあるか 【なし】

その他

{ _____ }

④他に気になる症状があれば記入してください。また、保育園や周りで流行している病気はありますか？

{ _____ }

3. 内服/坐薬(頓服)

内服薬 有・無 最後に内服した時間は【 _____ 】時

*内容

*処方された病院名/かかりつけ医

4. 食事について

①食欲はありますか？ 【はい・いいえ】 ③食べ物のアレルギーはありますか？ 【はい・いいえ】

②今朝は何をどのくらい食べれましたか？ ④ミルクを飲む時間、また水分補給について教えてください。

{ 最後にミルクを飲んだ時間 : _____ ml } { ミルク・お茶・その他 } { 時間おき/昼食後・おやつ後 }
{ _____ 哺乳瓶・ストロー・マグ・コップ }

※持ち込まれたものは、必ず名前を明記してください。

本日の緊急連絡先	第1	【TEL: _____】	【氏名 _____】
	第2	【TEL: _____】	【氏名 _____】
お迎えは【 _____ 】が【 _____ : _____ 】に迎えに来ます。			

承諾書及び与薬依頼書

病児保育室「きりん」宛

1. 病児保育室「きりん」の入室中に、医師の診察が必要と判断した場合は、あらいこどもクリニックを受診し、そこで発生した医療費に関しては保険診療で支払うことを了承します。

2. 持参した薬についての与薬依頼いたします。

3. 持ち込まれた食事、飲料以外の食品を当施設から与えた場合、実費で支払います。

4. 閉室時間後のお迎えについては追加料金をいただくこともあります。(1時間500円)

5. キャンセルは朝7時30分~45分までにお願いします。それ以後はキャンセル料1000円がかかります。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名

印

「きいん」～持ちものリスト～

バスタオル(2枚)

オムツ(多めに)

汚れもの用袋

飲食物等

母子手帳

健康保険証(医療券含む)

利用申込書、入室連絡票

着替え(2組)

おしり拭き

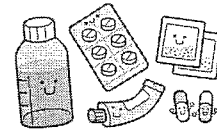
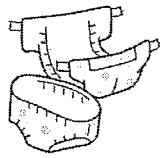
食事用エプロン

保育園連絡帳(通所児のみ)

印鑑

お薬手帳

お薬



(初回時登録票…年度ごとに更新) (坐薬・頓服・吸入等含む)

※昼食、おやつ等は簡単なものであれば、こちらで準備できますが、別途料金がかかりますのでご了承ください。

オムツ・着替えが足りない時は施設より出しますが、自費になります。

