

ひだまり保育園病児保育申請書(初回登録票)

お子様	ふりがな			生年月日	20 年 月 日	
	氏名	男 女	(歳)			
	京都桂病院 カルテID					
保護者	氏名 <small>(父またはこれに代わる者)</small>			勤務先	部 署() ※職員番号()	
	氏名 <small>(母またはこれに代わる者)</small>			勤務先	部 署() ※職員番号()	
	自 宅	住所	〒			
		電話	- -			
	連絡先	① 携帯電話: (続柄:)				
	② 携帯電話: (続柄:)					
通所施設(保育園等)		名称:	電話:			
かかりつけ医		病院名:	電話:			
子どもの健康状態及び注意事項など						

※京都桂病院勤務の方のみご記入ください

・病児保育当日に京都桂病院 小児科受診にて医師の許可が必要となります。

<お問い合わせ・申込み 平日8:30~17:30>

社会福祉法人京都社会事業財団 法人本部事務局
 TEL:075-391-5811(桂病院代表)(内線:3333)
 直通TEL:075-392-2506 FAX:075-393-0140(内線:3334)

担当者印	法人本部

ひだまり保育園 病児保育申込み書 ①

FAX:075-393-0140 (内線:3334)

予約日		20	年	月	日
(ふりがな)	生年月日				
お子さま氏名	年 月 日 (歳 ヶ月)				
保護者氏名	勤務先	部署()			
希望日時	① 20 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分まで				
	② 20 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分まで				
現在の症状	発熱 (月 日から ℃) 下痢 (無・有)() 嘔吐 (無・有)() 発疹 (無・有)(部位: 程度) その他の症状()				
今回の疾患 受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 京都桂病院診察券:ID() <input type="checkbox"/> コロナ検査:陰性(抗原・PCR)・検査日: 月 日 <input type="checkbox"/> 京都桂病院 月 日 診断名: <input type="checkbox"/> 他の病院 月 日 診断名:				
既往歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()歳頃(病名:) 特記事項() アレルギー:無・不明・有(アレルギー食材:)				
通所施設	<input type="checkbox"/> ひだまり保育園 <input type="checkbox"/> 他施設 <input type="checkbox"/> 無 流行っている病気 無・有()・不明				
給食希望	<input type="checkbox"/> 朝のおやつ <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 昼のおやつ ※食物アレルギーの対応(持ち込み食: <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可) 牛乳(可・不可)、ミルクの持参(有・無)				
確認事項に ☑してください	<input type="checkbox"/> 当日京都桂病院の受診が必要です。医師の許可がおりない場合はお預かり出来ません。 <input type="checkbox"/> 高熱、食欲不振、嘔吐や下痢時は摂取できそうな食べ物や飲み物を持参してください。 <input type="checkbox"/> 服用中のお薬、発熱時は解熱薬(内服・座薬等)を持参してください。 <input type="checkbox"/> 病状が悪化した場合等はこちらにご連絡いたしますが、緊急時は連絡がつかない場合でも桂病院に受診することがあります。 <input type="checkbox"/> 病児保育料(1,320円)には給食・おやつ代が含まれています。(支払いは後日給料天引き) <input type="checkbox"/> 当日母子手帳※、ミルク、哺乳瓶、着替え、おもちゃなど忘れず持参してください。※必須 <input type="checkbox"/> キャンセルは、当日朝8時15分までに法人本部に電話して下さい。(当日キャンセル料1,000円) <input type="checkbox"/> 当日病児保育の許可が出ましたらお迎えに行きます(小児科より連絡)。 <input type="checkbox"/> 担当看護師に「当日経過記録表」と「医師指示書」をご提出ください。				

法人記載欄	・初回の場合は別紙「初回登録票」が必要。登録票確認(有・無) 無・・当日持参可
	・当日提出用の経過記録票②を渡してください。(事前記入か保育園でも記入可)
	・連絡 <input type="checkbox"/> 小児科外来(FAX:5100) <input type="checkbox"/> ひだまり保育園(FAX:1580) <input type="checkbox"/> 担当看護師 ()
	・キャンセル(理由:) <input type="checkbox"/> 当日キャンセル)

ひだまり保育園 当日経過記録票 (保護者記入)②

		記入日 20 年 月 日			
児 童 名	フリガナ	男 女	生年月日 年 月 日 歳 ヶ月		
緊急連絡先	① ー ー ()		② ー ー ()		
体 温	朝 (時 分 ℃)				
今朝の症状					
排 便	昨夕 ～ 朝 (下痢・軟便・普通) ()回				
睡 眠	: ～ : ・良眠 ・眠れていない (・鼻つまり ・咳)				
食 事	昨夕 :	・無し	・普通	・少量	ミルク ()ml ()ml ()ml
	朝 :	・無し	・普通	・少量	朝食内容
薬	内服薬 ・無 ・有 (夜: 時 / 朝: 時)				
	解熱剤使用 ・無 ・有 (① 時 分 / ② 時 分)				
日中与薬 依頼	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
与薬有の 場合	内服	・水薬	・粉薬	・錠剤	時間
	薬品名	()			・食前 ・食間 ・食後
		()			・食前 ・食間 ・食後
		()			・食前 ・食間 ・食後
外用	・目薬()・塗り薬()・湿布薬()			時間 : 又は ()回/1日	
その他	連絡事項など				
持ち物	・お薬手帳 ・母子手帳 ・哺乳瓶・ミルク ・タオル()枚 ・着替え()枚 ・他()				
お迎え時間	時 分 ・父 ・母・()		保護者 (記入者)	続柄()	