

 予防接種が済んでいるものに○をつけてください

予防接種について	ヒブ	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
	小児肺炎球菌	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
	四種混合	(第1期初回) 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
		第1期追加
	BCG	接種済
	麻しん・風しん	1期目 ・ 2期目
	水痘	1回目 ・ 2回目
	日本脳炎	(第1期初回) 1回目 ・ 2回目
		第1期追加 ・ 第2期
	B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
	ロタリックス	1回目 ・ 2回目
	ロタテック	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
インフルエンザ	(今年度) 1回目 ・ 2回目	
その他		

お子様のことについて	お子様の性格	-----
	好きな絵本	-----
	好きな遊び	-----
	ご心配なことや配慮してほしいことなどありましたらご記入ください。	-----

病児・病後児保育メディキッズえみなる入室利用票

利用日 年 月 日

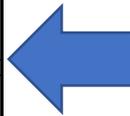
氏名	ふりがな	生年月日		
	(男・女)	平成・令和 年 月 日	生まれ	
愛称		お迎え時間 (時 分)	父・母・その他 ()	
緊急連絡先	連絡先		電話番号	
	①		()	-
	②		()	-
状況報告の 電話連絡	*解熱剤を使用する場合 希望する・希望しない ※その他、ご心配なことがありましたらいつでもご連絡ください			
食物アレルギー	有 () ・ 無	熱性けいれん歴	有 () 回 ・ 無	

好きな遊び

*お子さんの症状や様子についてご記入ください。

熱	昨夜 () °C / 今朝 () °C	解熱剤使用 (有・無) 最終 (:)
	*平熱 () °C *入室時 () °C	
咳	多い ・ 少し ・ ない	*お子さんの症状等、心配なことがありましたらご記入ください。
鼻水	多い ・ 少し ・ ない	
痛み	有・無 部位 ()	
発疹	有・無 部位 ()	
嘔吐	有・無 最終 / (:)	
排便	硬・普・軟・下痢・無 最終 ()	
排尿	多い ・ 普通 ・ 少ない	
機嫌	良い (普段通り) ・ 悪い	
元気	あり (普段通り) ・ あまりない ・ なし	
食欲	有・無 / 水分 (摂れる・摂れていない)	
睡眠	眠れた ・ 時々起きた ・ 眠れず	
排泄	排便 (一人でできる・手助け・オムツ)	
	排尿 (一人でできる・手助け・オムツ)	
薬	朝の薬：有 (:) 内服済み ・ 無	
	昼の薬：有 (食前・食間・食後) ・ 無	
	*1回量：錠剤 () 錠 / 粉薬 () 袋	
	シロップ () ml () 目盛り	
	点眼薬：有 () 種類 () 時間おき ・ 無	
	軟膏：有 () の時塗布 ・ 無	
	頓服薬：有 () の時服用 ・ 無	
坐薬：有 () の時挿肛 ・ 無		

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 内服薬 | <input type="checkbox"/> スプーン・フォーク・お箸 |
| <input type="checkbox"/> 頓服薬 | <input type="checkbox"/> おもちゃ・絵本等 |
| <input type="checkbox"/> 外用薬 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 座薬 | <input type="checkbox"/> オムツ(少し多めに) |
| <input type="checkbox"/> お薬手帳の 又は
薬剤情報提 | <input type="checkbox"/> おしりふき |
| <input type="checkbox"/> 医師連絡票 | <input type="checkbox"/> 食事用エプロン |
| <input type="checkbox"/> メディキッズえみなる
入室利用票 | <input type="checkbox"/> 粉ミルク・哺乳瓶 (必要回数分) |
| <input type="checkbox"/> 印鑑 (認印) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 着替え | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> バスタオル (2枚) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> フェイスタオル (2枚) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 汚れ物入れ (ビニール袋) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 昼食 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 水分 (お茶・イオン飲料) | <input type="checkbox"/> *持ち物には |
| <input type="checkbox"/> おやつ (少し多めに) | <input type="checkbox"/> 必ず記名をお願いします |



こちらのチェックリストは、
お子さんをお預かりする時に
保護者の方と一緒に使います。
未記入のままでも結構です。



※病児保育を利用される保護者の方へ

承諾書および与薬依頼書

- ◇ 利用中に医師の診断が必要とされた場合は、委託医療機関を受診し、そこで発生した医療費および交通費に関しては、実費で支払うことを承諾いたします。
- ◇ 持参した薬についての与薬依頼いたします。
- ◇ 病児保育メディキッズえみなるより、お子さんの状態が良くない等の連絡があった場合すぐに対応いたします。
- ◇ お迎えは17：30迄の時間厳守を守ります。
*17：30迄の時間厳守が守れない場合は次回からのご利用が出来なくなる場合があります。

上記の通り、病児保育メディキッズえみなるを利用したいので、申し込みます。
裏面の事項を確認の上、利用中は施設の指示に従います。

令和 年 月 日
保護者 _____ 印