

様式7

病児・病後児保育利用意見書

DD ユニットファミリーサポート殿

医療機関 住所

☎ 03-5803-4173

名称

FAX 03-5803-0412

医師名

④

電話

診断日時 年 月 日 時 分

■保護者・依頼会員記入欄

必ず記入	子どもの名前 (ふりがな)	男・女	年 月 日生まれ (歳 ヶ月) (平熱 ℃)
	保護者名	保育施設名	
	緊急連絡先	電話	
	住所		
	保育日時: 月 日() 時 分~ 時 分		
かかりつけ医	電話		

■医療機関記入欄 ※番号に○をしてください。

病名		
病児・病後児の区分	1 病児の回復期に至らない(病児) 2 病児の回復期にある(病後児)	
療養期間	本日より 日間 程度	
急変の可能性	1 高い 2 低い 3 極めて低い	予想される病状の変化
急変時の対応指示		
安静度	1 ベッド上で安静 2 室内安静(室内での静的な遊び、受け身的な遊びは可) 3 室内保育(室内でのやや活動的な遊び、兄弟との遊びは可)	
食事に関する指示	1 普通食 2 注意が必要→ <input type="checkbox"/> 水分を十分に補給 <input type="checkbox"/> 食事の強制は避ける <input type="checkbox"/> 消化しやすいもの(脂肪や食物繊維の多いものは避ける) <input type="checkbox"/> 離乳期は前の段階に戻す(母乳・ミルクのみでも可) 3 その他()	
処方内容	1 有 → <input type="checkbox"/> 調剤内訳を参照 <input type="checkbox"/> その他() 2 無	
留意事項		

様式8

保護者からの病状連絡票及び与薬依頼書

子どもを受診させました。私は下記の方に子どもの病児・病後児預かりを依頼します。

万が一緊急を要する対応をせざるを得ない場合は、提供会員 (DD ユニットファミリーサポート) の判断を了承します。

私との連絡が取れず、医師への受診後手術等の処置をする場合も医師の判断を了承します。

提供会員番号 D 氏名

年 月 日

依頼会員番号 I/J/N 氏名 ㊤

■病状連絡票

必ず記入	子どもの名前 (ふりがな) 男・女	年 月 日生まれ (歳 ヶ月) (平熱 ℃)
	保育日時: 月 日 () 時 分 ~ 時 分 (時間)	
	緊急連絡先: ① ② ③	
	前日の様子	今朝の様子
体温	時 分 (℃)	時 分 (℃)
食事	普通食 消化の良いもの 水分のみ 食べられない	普通食 消化の良いもの 水分のみ 食べられない
排泄	普通便 回、軟便 回、下痢便 回	普通便 回、軟便 回、下痢便 回
症状		
	※解熱剤使用 (時 分)	※解熱剤使用 (時 分)

■与薬依頼書 ※薬局発行の調剤内訳を必ず添付してください。

●保護者に代わって下記の通り与薬をお願いします。(○をつけてください。)

時間	食前 食直後 食後 分 (朝食・昼食・夕食)
飲ませ方	

※薬は、1回分ずつに分けて、その日の分だけ渡してください。

※水薬も1回分ずつに分けて渡してください。

●その他症状によっては、飲ませる薬が処方されています。

どんな時	
飲ませ方 及び使い方	