

保育園かもみーる病後児保育のご案内

事業の目的

保育園かもみーるの病後児保育では病気回復期のお子様を、就労や様々な理由により家庭で看護ができない場合、一時的にお預かり致します。子育てと就労の両立を支援し、お子様の健やかな成長に寄与することを目的とします。保育士、看護師が連携して、温かな雰囲気の中で保育、看護を行います。

対象となる病気と回復期の考え方

- 風邪、消化不良（多症候性下痢）など、お子さんが日常かかる病気
- 流行性耳下腺炎などの伝染性の疾患で、かかりつけの医師が感染の心配はないが保育園での集団生活は難しいと判断した場合
- 喘息などの慢性疾患
- 熱傷などの外傷性の疾患

◎病後児受け入れ基準

- 医療機関による入院加療の必要はないが、安静の確保に配慮する必要があり、集団生活が困難な状態、及び保護者が保育をできない場合
- 医療機関受診後の子ども（園指定の病後児依頼書持参の場合）
- 病気回復期であること
- 利用時体温 37.5 度以下

◎お預かりできない具体例

例) 昨日37.5度の発熱があり、今朝は37.9度の発熱がある。

⇒回復期とは言えず、体調が悪化していると考えられます。お預かりできません。

例) 昨日38.7度の発熱があり、解熱剤を使用し今朝37.0度になった。

⇒解熱剤で熱が下がっているため、回復したとは考えられません。お預かりできません。

例) 昨日から、食事・水分が十分に取れず、ぐったりしている。

⇒急変する可能性があります。お預かりできません。

※熱が38.0度を超えて朝からぐったりし、水分が取れてない。

症状や伝染性の初期、利用当日に症状がぶり返すなど再度受診が必要と思われる。

⇒いずれも、お預かりできません

利用対象者

※次の①～④を全て満たす場合にご利用できます。

- ①当園にご登録頂いているお子様（生後 57 日～就学前）
- ②病気のため症状の急変は認められないが、完全な回復には至っておらず、集団保育が困難な場合
- ③保護者が就労などのやむを得ない理由により、家庭で看護・育児を行うことができない場合
- ④医療機関を受診し、園指定の病後児保育利用申請書兼医師連絡票を提出した場合

施設・設備の概要

構 造	木造地上1階
面積	9・0㎡
設備等	トイレ・洗面台・空調設備・空気清浄機・ベッド・他

職員配置

職 種	人数
看護師・准看護師	1名
保育士	1名

利用できる日時・および休日

基本利用時間	月曜日～金曜日	8:30～16:30
延長利用時間	月曜日～金曜日	16:31～17:30
休日	土曜日・日曜日・祝祭日 年末年始（12月29日～1月3日） その他 園長が定めた日	

※お休みについては、おたより等でお知らせ致しますが変更する場合がありますので直接、お問い合わせ下さい。

利用料金

● 保育園かもみーるの園児

基本時間（8:30～16:30）内の利用	無料
延長時間（16:31～17:30）10分ごと	100円

※利用料金は、保育料と一緒に引落としとなります。（翌月20日）

※利用料金には給食費・副食費を含んでいます。

● 地域のお子さんや他施設に通われているお子さん

基本時間（8:30～12:30）内の4時間利用	1,000円
基本時間（8:30～16:30）内の利用	2,000円
延長時間（16:31～17:30）10分ごと	100円

※1～4時間以内の利用は1,000円となります。午後からの利用についても1～4時間以内は半日1,000円です。4時間を超えると1日料金2,000円となります。

※利用料金には給食費・副食費を含んでいません。

給食費350円、おやつ1回100円、2回は150円（前日までの予約で対応できます）

※アレルギー食対応不可です（お弁当・おやつ持参での利用は可能です）

※ミルクは持参となります。

- 0～2歳児は生活保護世帯、市県民税非課税世帯（証明する書類の提出が必要）、3歳児～無償化（基本時間のみ）の対象になりますので該当される方はお知らせ下さい。

嘱託医・緊急時の対応

以下の嘱託医と契約を締結しています。

小児科医	南 武嗣	みなみクリニック	TEL 099-254-0043
歯科医	村上 慎一郎	村上歯科	TEL 099-257-2660

利用中に体調の変化等の緊急事態が発生した場合は、速やかに保護者の緊急連絡先に連絡します。また、嘱託医またはかかりつけ医に相談する等の措置を講じます。

災害時の避難場所等

緊急避難先	鹿児島県体育館	鹿児島市下荒田4丁目47-1	099-255-0434
管轄消防署	中央消防署	鹿児島市天保山町1-38	099-285-0119
管轄警察署	鹿児島中央警察署	鹿児島市新屋敷町17-26	099-222-0110

苦情等の受付について

受付時間	月曜日～金曜日 8:30～17:00 TEL 099-204-7773
受付担当者	事務長 齊藤 守重
解決担当者	園長 岩元 優子
	第三者委員 平川 ゆみ

保険について

保育園かもみーるでは、保育施設向け総合保険制度（公益社団法人全国私立保育園連盟契約）に加入しています。

個人情報の保護について

当病後児保育室では利用児およびその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

職員は、保育を行う上で知り得た個人情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。

- ①利用児の保護者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、利用児およびその家族の個人情報を用いません。
- ②利用児およびその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他電磁的なものも含む）については、善良な管理者の注意をもって管理し、処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- ③管理する情報については、利用児の家族の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正・削除を求められた場合は、遅滞することなく調査を行い、訂正・削除を行うものとします。

その他留意していただきたいこと

- ◎予約受付後、当日の朝の病状により保育ができないと判断した場合は、お預かりできないことがあります。
- ◎**体調の悪化や急変時、お子さんの状態により保護者の方へ連絡をいたします。**
 - ・病後児保育利用中は必ず保護者の方と連絡の取れる連絡先をお知らせください。
 - ・保育中に病状が悪化し、保育の継続が困難になったときには、予定時間前でもお迎えをお願いします。
 - ・病後児保育利用中に必要であると判断した場合は、嘱託医またはお子さんのかかりつけ医に連絡をさせていただきます。
- ※緊急連絡が取れなかったことにより不利益が生じても、当病後児保育室では責任を負いません。
- ◎病後児保育室では点滴等の医療行為はいたしません。
- ◎利用者間の感染には細心の注意を払いますが、感染の可能性がまったくないということではありません。ご了承の上お申し込み下さい。
- ◎事故や災害などのやむを得ない事情を除き、連絡のないキャンセルや延長を繰り返す場合には、次回からのご利用をお断りすることがあります。
- ◎災害等により他の場所へ避難をした場合には、病後児室玄関（保育園玄関）に避難先の掲示と電話連絡をいたしますので、お迎えはそちらにお願いいたします。
- ◎「症状が安定していれば」の判断基準
水分摂取が可能か・ぐったりしていないか・通常と比較して極度に元気がないか等、あくまでも**かかりつけ医の指示に従って下さい。**

薬について

医師の判断により病後児保育で与薬が必要な場合は、与薬依頼書の提出をお願いします。

- ①解熱剤・座薬・鎮痛剤はお預かりできません。
- ②保護者の判断で持参された市販薬には対応できません。（医療機関で処方された薬のみ）
- ③お薬を持参するときは、必ず記名をして **1 回分のみ**持参して下さい。（水薬も容器に 1 回分のみ入れて下さい）
- ④お薬は、必ず保育士・看護師に手渡して下さい。**カバンの中に入れてある薬は、服用させることができません。**

利用に関して

利用にあたっては事前の登録・予約が必要です。予約の際に症状等を伺い、受け入れ可能かどうかを判断させていただきます。

利用される場合は、事前に必ず医療機関（かかりつけ医）の受診および診療情報提供書（医師連絡票）を記入してもらって下さい。診療情報提供書は医師に記入していただく必要がありますので、受診の際には診療情報提供書（医師連絡票）を持参して下さい。**診療情報提供書で不明な点がある場合には、こちらの方からかかりつけ医に確認させていただきます。**
予約は、1週間前から可能です。医師連絡票の有効期限は1週間とさせていただきます。

※利用をキャンセルする際は、前日の15時までに連絡をして下さい。

※ご利用当日にキャンセルの場合は、AM7時30分～8時までにお電話にてお知らせ下さい。

※尚、午前8時30分を過ぎてからのキャンセルの場合は給食費のキャンセルには対応できません。その場合には、給食費（350円）はお支払い頂くこととなりますのでご注意ください。

利用の流れ

初めに事前登録が必要です 事前に電話連絡の上、来園ください TEL099-204-7773

（登録時 持参するもの）

- ①健康保険証 ②母子手帳 ③印鑑 ④筆記用具

（登録利用説明時記入いただくもの）

- ① 利用登録書 ② 病後児保育利用契約書
② 個人情報取り扱いに関する同意書 ④ アレルギー調書票

利用前日までに予約ができる場合

◎医療機関を受診

- ・病後児保育を利用したい旨をお伝えください。
- ・「診療情報提供書(医師の連絡票)」を記入してもらいます。

◎保育園かもみーる（病後児保育室）に予約の電話を入れる。（TEL099-204-7773）

※予約の受付時間は7時30分～18時30分です。

- ・診断名・病状・医師の指示・利用時間・給食の提供の有無・アレルギーの有無をお伝え下さい
- ・当日でも空きがあればご利用いただけますが、急な申し込みの場合、職員の体制により、お受けできない場合もありますので、できるだけお早めにご予約、お問い合わせ下さい。

利用当日

1. 保育園かもみーる玄関へお越しください。

(当日 持参するもの)

- ① 利用申込書・診療情報提供書（医師連絡票）
- ② 家庭との連絡票
- ③ 薬および与薬依頼書(薬は 1 回分のみ)
- ④ 着替え等（下記の表をご確認下さい）
- ⑤ 利用料（本園在園時以外の方は、お迎え時に事務所にてお支払下さい）

☆☆☆ご利用の際に持ってきていただくもの☆☆☆

乳児用（0歳児）	幼児用（1歳以上児）
オムツ（通常より多めに）	オムツ（通常より多めに）
着替え一式 夏場⇒3～4組 冬場⇒2～3組	着替え一式 夏場⇒3～4組 冬場⇒2～3組
おしりふき（1パック） スタイ、食事用エプロン	おしりふき（1パック） スタイ、食事用エプロン
※あくまでも目安ですので、お子さんに合わせてご準備ください。	※あくまでも目安ですので、お子さんに合わせてご準備ください。
ビニール袋（2枚）	ビニール袋（2枚）
バスタオル2枚 ※冬場はバスタオル1枚・毛布 1枚	バスタオル2枚 冬場はバスタオル1枚・毛布 1枚
哺乳瓶・粉ミルク（それぞれ回数分）	
ハンドタオル	ハンドタオル・歯ブラシ・コップ

※持ち物には全て記名をお願い致します。記名のない物の紛失については責任を負いかねます
※汚れたオムツは全て持ち帰って頂きます。

安全と衛生管理

◎送り迎えは原則として保護者が行って下さい。代理の方が行う場合は、必ず保護者が事前にご連絡下さい。

◎午前9時前後及び午後5時前後は園の駐車場や周辺が大変混雑しやすい時間帯となっております。送迎の際は時間に余裕をもってお越し下さい。

◎登園の際には、保護者、お子様ともに検温をお願い致します。

◎園内において発病、事故等が起こった場合は、応急処置をとり、保護者にご連絡致します。緊急連絡先（3か所）を必ずお知らせ下さい。

◎アレルギー、てんかん、慢性疾患などの注意事項については必ず申告して下さい。申告のない場合は、それによる事故等については責任を負いません。

保育園かもみーる病後児保育利用契契書

保育園かもみーる園長 岩元 優子を甲とし、保護者_____乙とし、
児 童_____を丙とし、病後児保育について、次のことを相互に確認の
うえ甲と乙の間で契約を締結する。

- 1 病後児保育の実施日と保育時間は、保育園かもみーる病後児保育重要事項説明書及びお知らせに定めた通りとし、乙は病後児保育が必要な時には事前に保育園に申し出て予約を取らなければならない。
- 2 甲は、病後児保育の内容を乙に説明し、よく知らせなければならない。
- 3 乙は、丙の登園時、降園時担当職員に必ず確認を得ること。送迎は、責任をもって保護者が行うこと。もし保護者以外の者が送迎する時は、保育園に事前通知をしなければならない。
- 4 乙は、毎日または毎月決められた日時までに保育料を甲に支払うこと。
- 5 甲は、保育時間中に起きた事故によって丙が負傷した時は、園加入の賠償責任保険で認められた範囲内で、乙に保障する。
- 6 この契約の解除は、乙に病後児保育の必要が無くなった時、または行政による保育の決定がなされた時、甲に申し出ることにより解除となる。
また、乙が保育料を理由もなく滞納した時は、甲から乙に申し出ることによって解除することができる。
- 7 重要事項説明書の変更は保育園かもみーる（病後児保育）が定め、園内に掲示することとし、その効力は全ての利用登録児に適応する。

以上の契約は、契約日から小学校就学前までのものであり、契約書を二通作成し、甲と乙それぞれに捺印し一通ずつ保管する。

令和 年 月 日

甲 住 所 鹿児島市下荒田4-48-31
施 設 名 保育園かもみーる
園長氏名 園長 岩元 優子 印

乙(病後児保育利用児童の保護者)

住 所 _____
氏 名 _____ 印

丙(病後児保育利用児童)

氏 名 _____
生年月日 平成・令和 年 月 日 (歳児)

丙(病後児保育利用児童)

氏 名 _____
生年月日 平成・令和 年 月 日 (歳児)

健康調査票

お子様のことを詳しくお知らせください。

(母子手帳に基づいてご記入ください)

<p>出産状態</p> <p>乳幼児期の状態</p> <p>予防接種</p> <p>今までにかかった 感染症</p> <p>かかった病気等で 注意すべきもの</p> <p>アレルギー</p> <p>乳児 食事</p> <p>普 段 の 生 活 状 態</p> <p>睡眠</p> <p>性格</p>	<p>在胎（ ）週 出生時体重</p> <p>首のすわり（ ）ヶ月 おすわり（ ）ヶ月</p> <p>一人歩き（ ）ヶ月 言葉のはじまり（ ）ヶ月</p> <p><input type="checkbox"/>BCG（ 年 月）</p> <p><input type="checkbox"/>四種混合（ 年 月） <input type="checkbox"/>MR（ 年 月）</p> <p><input type="checkbox"/>水ぼうそう（ 年 月） <input type="checkbox"/>その他（ 年 月）</p> <p><input type="checkbox"/>はしか <input type="checkbox"/>ポリオ <input type="checkbox"/>風疹 <input type="checkbox"/>突発性発疹 <input type="checkbox"/>水痘 <input type="checkbox"/>おたふく風邪</p> <p><input type="checkbox"/>百日咳 <input type="checkbox"/>溶連菌感染症 <input type="checkbox"/>B型肝炎（キャリアを含む）</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p><input type="checkbox"/>熱性けいれん（初回： 歳児以降： 回反復最終： 年 月）</p> <p><input type="checkbox"/>喘息（<input type="checkbox"/>毎日服薬 <input type="checkbox"/>発作時だけ服薬 <input type="checkbox"/>服薬していない）</p> <p><input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p><input type="checkbox"/>有（アレルギー品目： ）</p> <p><input type="checkbox"/>無（アレルギーを起こした時の症状： ）</p> <p>栄養法（<input type="checkbox"/>母乳 <input type="checkbox"/>人工 <input type="checkbox"/>混合） 1回（ ）cc 1日（ ）回</p> <p>離乳食（<input type="checkbox"/>前期 <input type="checkbox"/>中期 <input type="checkbox"/>後期） 1日（ ）回</p> <p>好きなもの（ ）嫌いなもの（ ）離乳完了（ ）ヶ月</p> <p>食欲（<input type="checkbox"/>旺盛 <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>小食） 食事形態（<input type="checkbox"/>一人で食べる <input type="checkbox"/>介助が必要）</p> <p><input type="checkbox"/>すべてオムツ <input type="checkbox"/>トイレトレーニング中 <input type="checkbox"/>寝るときのみオムツ</p> <p><input type="checkbox"/>自立している ※排泄の予告（<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無）</p> <p>睡眠時間（昼 ～ ）（夜 ～ ）</p> <p>寝つき（<input type="checkbox"/>良い <input type="checkbox"/>悪い） 寝起き（<input type="checkbox"/>良い <input type="checkbox"/>悪い）</p> <p>寝る時の様子やクセ（ ）</p> <p><input type="checkbox"/>明朗 <input type="checkbox"/>優しい <input type="checkbox"/>素直 <input type="checkbox"/>勝ち気 <input type="checkbox"/>短気 <input type="checkbox"/>乱暴</p>
<p>◇その他、お子様を預けられる際に担当職員に知っておいてほしいこと、気がかりなこと及びご要望がありましたら、ご記入ください。</p>	

アレルギー調査票

保育園かもみーる
記入日 年 月 日

ふりがな		第 子
児童名		男・女
生年月日	年 月 日生まれ	
<p>1. 家族にアレルギーの人がいますか？</p> <p><input type="checkbox"/> いる（父・母・兄弟 ・祖父・祖母） <input type="checkbox"/> いない</p> <p>※いる場合はアレルギーの内容：</p>		
<p>2. お子さんにアレルギー反応がでたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> ある ・いつ頃（ 歳 ヶ月頃）</p> <p style="padding-left: 100px;">どこに <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 手・足 <input type="checkbox"/> 腹部・胸部 <input type="checkbox"/> 身体全身</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p style="padding-left: 100px;">どのような症状があらわれますか？</p>		
<p>※2で「ある」を選択された場合は、以下も記入ください。「ない」の方は以下は記載不要です※</p>		
<p>3. 原因はどのような物でしたか？</p> <p><input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 甲殻類（えび・かに） <input type="checkbox"/> 果物（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> 魚卵 <input type="checkbox"/> 魚類（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> カビ類 <input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>※アレルギー検査結果をお持ちの場合は、検査結果コピー提供をお願いします。</p>		
<p>4. アレルギー症状が発症する量、タイミング等</p>		
<p>5. アレルギーに関して医師の治療、診断、指示、相談などがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 指示 <input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> エピペン処方 <input type="checkbox"/> その他</p> <p>※上記該当がある場合は、その内容</p>		
<p>6. アレルギー症状発症時、家庭ではどのような対応をされていますか？</p>		
<p>7. アレルギーに関して、保育園生活で特に注意すること、配慮することはありますか？</p>		
<p>8. 給食等の個別対応、配慮の必要性</p> <p><input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり</p> <p>※必要ありの場合は、必ず「アレルギー検査結果」「医師記載の生活管理指導表」等のコピーを提出をお願いします。</p>		
<p>9. その他なにかあれば記載をお願いします。</p>		

個人情報及び肖像権使用についての同意書

『保育園かもみーる』病後児保育を利用するにあたり、私及び私の子ども並びにその家族に係る個人情報及び肖像権について、以下の目的のために必要の範囲内において使用することに同意致します。

- 1、他の施設を併用する場合 他の保育所等へ転園する場合 その他 兄弟が別の施設等に在籍する場合において、他の施設との間で必要な連絡・情報の共有を行うこと
- 2、緊急時において、病院その他の関係機関に対し必要な情報提供を行うこと
- 3、企業主導型保育事業を所管する内閣府、児童育成協会、その他関係機関において情報提供、開示の依頼があった場合
- 4、行事活動の運営・保育活動への使用
- 5、各種行事・保育行事活動中の写真の撮影 HP上等への掲載
(掲載する写真等は個人的な写真はさげ、できうる限り集団の掲載用スナップ写真と致します)

社会福祉法人 光樹会
保育園 かもみーる
理事長 岩元 優子 様

令和 年 月 日

保護者住所 :

園児氏名 :

保護者氏名 :[㊞]

園児から見た続柄 :

病後児保育医師連絡票

年 月 日

保育園かもみーる 園長 様

医療機関 所在地
 名称
 電話番号
 診断医師署名

児童	氏名： 性別：男・女 生年月日：平成・令和 年 月 日（満 歳 ヶ月）
保護者	氏名： 続柄： 職業：
住所	〒 (自宅・実家・その他) 電話番号
緊急連絡先	勤務先・続柄： 電話番号：
	勤務先・続柄： 電話番号：
疾病名	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 自家中毒 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 外耳炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 膿痂疹 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【病名不明のとき】</p> <input type="checkbox"/>発熱 <input type="checkbox"/>咳嗽 <input type="checkbox"/>下痢 <input type="checkbox"/>喘鳴 <input type="checkbox"/>嘔吐 <input type="checkbox"/>発疹 <input type="checkbox"/>その他 () </div> <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 感冒性嘔吐症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 感冒性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 消化不良 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 ()
症状	<input type="checkbox"/> 急性期（発熱等） <input type="checkbox"/> 回復期（下熱・微熱等）
既往歴	
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離室で隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静（ベッド上の生活が主、他児との静かな遊びは可） <input type="checkbox"/> 室内安静（他児と室内で普通に遊んで良い）
食事に関する特別な指示	留意点 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 胃腸食 <input type="checkbox"/> 離乳食（ <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期） <input type="checkbox"/> ミルクのみ <input type="checkbox"/> アレルギー食（除去内容：)
処方内容	与薬時間： 食前 食間 食後 その他 ()
	薬品名・用量・用法
その他注意事項	

※ 断に係る費用は申請者の負担となります。

入室時確認用紙

乳幼児氏名		愛称		利用日	年	月	日 ()
保護者氏名		続柄		保育時間	時	分～	時 分まで
緊急連絡先	(- -)			迎えに来る人 ()			
≪前日から朝までの様子≫				≪症状について≫			
機嫌	良・普通・悪 ()			①いつから⇒			
睡眠	よく眠れた・普通・あまり眠れていない			②どのような症状⇒			
食事	食欲：有・普通・無			【発熱】 最高 °C			
排便	無・有 () 回			【咳】 ・コンコン・ケンケン・ゴホゴホ			
	(硬め・普通・軟め・泥状・水様)			・ゼーゼー・痰咳・その他 ()			
体温	昨夜： °C			【鼻水】 ・水鼻・青鼻・鼻閉			
	今朝： °C			【痛み】 ・頭・目・耳(右・左)・のど・おなか			
アレルギー	無			・その他 ()			
	有：鶏卵・乳製品・小麦・大豆・その他			【嘔吐】 (最後の嘔吐： 日 時頃)			
給食	離乳食： 幼児食			【下痢】 (最後の下痢： 日 時頃 回/日)			
	おかゆ： 軟飯： 普通飯			※水分は？取れる・あまり取れない・取れない			
				※排尿回数は？少ない・いつもと同じ・多い			
				【発疹】 月 日ごろより (日目)			
				場所 ()			

与薬について

【薬】 有：無 →飲み方：()
最終与薬時間 () 時ごろ服用

※熱性けいれん (有：無) →最終けいれん日 (年 月 日) (回)

【その他】 貼り薬：吸入：塗り薬
用途 ()

ミルクについて

母乳：ミルク 普段の2回の量 (cc)
最終授乳時間 (時ごろ) 普段の授乳間隔 (時間)
(cc)

【園受け入れ時の体温】 °C

その他家庭からの連絡

確認者氏名

利用時児童記録

記録日 令和 年 月 日

名前 _____ 生年月日 令和 年 月 日 _____ 歳 カ月

住所 _____

電話 _____ 携帯電話 _____

● 出生時について

異常（あり・なし）（仮死・早産 カ月・その他）
身長（ cm） 体重（ g） 頭囲（ cm）
首の座り（ カ月） ハイハイ（ カ月）
つたい歩き（ カ月） 歩き始め（ カ月）
言葉の状態（喃語・一語文・二語文・日常会話）
その他 発達において気になること
（ ）

● 病歴について

けいれん（有熱・無熱） 平成・令和 年 月 日
脱臼 肘内障（股関節・肘・肩・その他）
喘息（吸入有・無） 発作入院（平成・令和 年 月 日）
皮膚が弱い（ ）
胃腸が弱い（腸重積・よく吐く・下痢・便秘）
最近した病気やケガ（ ）

● 食事について

離乳食開始（ カ月） 離乳食終了（ カ月）
ミルク・母乳終了（ 才 カ月）
現在ミルク・母乳を飲んでいる子どもさん
ミルクの種類（ ）を（ cc）（ 回）
飲み物の摂り方（コップ・マグ・哺乳瓶・その他）を使う
食物アレルギー（有・無） 有りの方は何ですか（ ）
経験食品（鶏肉・牛肉・豚肉・卵黄・全卵・牛乳）
現在の食事の状態（離乳食 初期・中期・後期・完了期・刻み食・普通食）
食事は（食べさせる・スプーンを使う・お箸を使う）
食事の量（よく食べる・普通・あまり食べない）
その他（ ）

● 排泄

パンツ オムツ 昼寝時のみオムツ

パンツで過ごされている子どもさんへ

自分でトイレに行く 誘うとトイレに行く 便が出た後 自分で拭く

● 睡眠について

夜は (時) に寝て 朝は (時) に起きる

昼寝 (時) ~ (時) しない

寝るときの落ち着く体位 ()

● 登降園について

登園 (時) 頃 (父親・母親・その他) と登園

降園 (時) 頃 (父親・母親・その他) と降園

● お子さんの家庭での様子について

ご家庭での呼び名 ()

好きな遊び・玩具 ()

主な遊び相手 ()

落ち着く体勢 (抱っこ ・ おんぶ ・ その他)

お子さんの性格 ()

お子さんのくせ ()

● 保育歴について

お子さんを誰かにお預けになったことがありますか? はい ・ いいえ

・はいの方 それはいつですか? ()

時間はどれくらいですか? ()

お預けになられた所はどこですか? ()

お子さんは 集団生活の経験がありますか? はい ・ いいえ

・はいの方 それはいつですか?

期間はどれくらいですか? ()

● その他 気になること・気をつけて欲しいことをご自由にお書き下さい (*^_^*)

★ ご記入ありがとうございました (^-^)