

鹿児島大学病院病児保育 事前登録票

| 予防接種 | | | | | |
|---|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| ヒブ | <input type="checkbox"/> 未接種 | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 | <input type="checkbox"/> 追加 |
| 肺炎球菌 | <input type="checkbox"/> 未接種 | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 | <input type="checkbox"/> 追加 |
| B型肝炎 | <input type="checkbox"/> 未接種 | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 追加 | |
| 四種混合 | <input type="checkbox"/> 未接種 | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 | <input type="checkbox"/> 追加 |
| 三種混合 | <input type="checkbox"/> 未接種 | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 | <input type="checkbox"/> 追加 |
| 二種混合 | <input type="checkbox"/> 未接種 | <input type="checkbox"/> 接種 | | | |
| ポリオ(経口) | <input type="checkbox"/> 未接種 | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | | |
| ポリオ(不活化) | <input type="checkbox"/> 未接種 | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 | <input type="checkbox"/> 追加 |
| BCG | <input type="checkbox"/> 未接種 | <input type="checkbox"/> 接種 | | | |
| MR(麻疹風疹混合) | <input type="checkbox"/> 未接種 | <input type="checkbox"/> I期 | <input type="checkbox"/> II期 | | |
| 水ぼうそう(水痘) | <input type="checkbox"/> 未接種 | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | | |
| 日本脳炎 | <input type="checkbox"/> 未接種 | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 追加 | <input type="checkbox"/> II期追加 |
| おたふくかぜ(流行性耳下腺炎) | <input type="checkbox"/> 未接種 | <input type="checkbox"/> 接種 | | | |
| その他の予防接種 | (ロタウイルス、インフルエンザなど) | | | | |
| これまでの病気 | | | | | |
| 感染症 | <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ | | | | |
| その他の感染症 | (例: 突発性発疹など具体的に) | | | | |
| 熱性けいれん | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (初回はいつ頃? 複数回か? 予防薬は?) | | | | |
| 気管支喘息 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (通院中? 具体的に) | | | | |
| アトピー性皮膚炎 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (通院中? 具体的に) | | | | |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (通院中? 具体的に) | | | | |
| 反復性中耳炎・扁桃腺炎 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (通院中? 具体的に) | | | | |
| その他の病気・体質 (てんかんなど具体的に) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (通院中? 具体的に) | | | | |
| 入院の経験 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名・いつ頃) | | | | |
| 常用薬 | | | 平熱 | | 血液型 |
| <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に) | | | 度 分 | | A・B・O・AB |
| | | | | | Rh + - |
| その他 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (体質や癖、配慮してほしいこと等) | | | | | |

【更新年月日】

1. 年 月 日 2. 年 月 日 3. 年 月 日

病児保育の受入の判断について

病児の受入基準は、以下のとおりとなりますので、申し込みの際に参考にしてください。

【病児保育を利用できない状態】

お子様が以下の状態の場合は、病児保育の利用はできません。

- ・ 伝染性疾患（麻疹、水痘、風疹、新型コロナウイルス、流行性耳下腺炎、マイコプラズマ、溶連菌感染症、咽頭結膜熱、インフルエンザ）の急性期
- ・ 全身状態不良
- ・ 38.5℃以上の発熱が続いている
- ・ 咳がひどく、呼吸状態が悪い
- ・ 嘔吐、下痢がひどく脱水症状がある
- ・ その他、医師が利用不可能と判断した場合

【伝染性疾患の利用許可基準】

| 疾患名 | 利用許可基準 |
|-------------|----------------------------|
| 麻疹 | 解熱後3日経過していること |
| 水痘 | 新規水疱がなく、すべての発疹が痂皮化している |
| 風疹 | 発疹が消失していること |
| 新型コロナウイルス | 発症後5日間かつ症状軽快して24時間経過していること |
| 流行性耳下腺炎 | 腫脹出現から5日経過し、全身状態が良好であること |
| マイコプラズマ | 解熱後24時間経過し、咳嗽がないこと |
| 溶連菌感染症 | 抗菌薬服用後24時間経過していること |
| 咽頭結膜熱（プール熱） | 主要症状消退後2日経過していること |
| インフルエンザ | 発症後5日経過、かつ解熱後3日経過していること |

入室情報記入用紙

利用日： 年 月 日（ ）

| | | | |
|--------------|--|-------|------------------|
| フリガナ 児童氏名 | 男 女 | 生年月日 | 年 月 日 (歳 ヶ月) |
| 昨夜の様子 | (°C) | | |
| 今朝の様子 | (°C) | | |
| 起床時刻 | 時 分 | 最終排便 | 時刻 状態 |
| 朝食内容 | 朝食摂取状況 | | |
| 水分 | <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他() | | |
| ミルク | 時 ml | 時 ml | 時 ml |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 一人で食べられる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要() <input type="checkbox"/> 全面介助が必要 | | |
| 薬の飲ませ方 | 水薬: <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> スポイド 粉薬: <input type="checkbox"/> 粉のまま <input type="checkbox"/> 水に溶かして | | |
| 排泄 | <input type="checkbox"/> トイレで出来る(介助不要) <input type="checkbox"/> トイレで出来る(要介助) <input type="checkbox"/> おむつ | | |
| 午睡・寝かせ方 | <input type="checkbox"/> 一人で寝られる <input type="checkbox"/> トントンされて <input type="checkbox"/> ()を持って | | |
| 持参品 | | | |
| その他 | | | |
| 迎え予定時刻 | 時 分 | 迎え予定者 | |

※ご記入いただいた個人情報は、病児保育の実施についてのみ利用します。

* 与薬の依頼は、原則として医師の処方薬に限ります。

与薬依頼書

別紙の薬剤情報提供書、またはお薬手帳の控えの通り、保護者に代わって与薬をお願いします。

保護者名

年 月 日

同意書

鹿児島大学病院病児保育室長 様

年 月 日

児童氏名

住所

保護者氏名

病児保育室の利用にあたり、下記の事項すべてに同意します。

1. 病児保育室に預けている乳幼児の病状の急変時には、保護者又は保護者の代理の者が直ちに迎えに来ること。
2. 緊急時には、病状の変化に対する措置として、鹿児島大学病院で受診し処置を受けること。また、診察代等が別途発生すること。
3. 病児保育室の性質上、預ける乳幼児が施設内においてウイルス等に感染することが起こりうること。
4. 持参した飲食物の摂取により乳幼児の体調に異変が生じた場合、その持参した飲食物に関する一切の責任は保護者にあり、病児保育室に苦情を申し出ないこと。
5. 乳幼児に係る事故が発生した場合、その事故が病児保育室での故意又は重大な過失により発生したものでない限りその責任を問わないこと。
6. 保育園職員の配置の状況等によっては、病児保育室への入室を断られる場合があること。