連絡票①（事前登録）

この用紙は、病児保育利用前の事前の登録の際に使用します。お子様の大切な情報ですので、正確に記入してください。

【基本情報】

児童の氏名	
フリガナ	
愛称	
性別	☐男　　☐女
生年月日	年　　月　　日　（　　歳）
現在の身長・体重	身長　　体重
住所	
通園施設名	区・市・町・村
クラス名	
かかりつけ医院	
きょうだい（お名前・年齢）	

【お子様について】

アレルギー	☐なし　☐あり　→　☐食物　☐薬　☐その他（具体的に）
熱性けいれん	☐なし　☐あり　→　発熱時の予防　☐ある　☐なし
熱性以外のけいれん	☐なし　☐あり　→
出生時の異常	☐なし　☐あり　→
出生時体重	
基礎疾患（定期通院している疾患）	☐なし　☐あり　→
常用薬	
上記に係る入院歴	☐なし　☐あり　→　年　月　～　年　月
上記以外の入院、手術歴	
感染症歴	水ぼうそう　　おたふくかぜ
予防接種	ヒブ　（1　2　3　4）　BCG　（未　済）　ロタ　（1　2　3） 肺炎球菌　（1　2　3　4）　MR　（1　2）　B型肝炎（1　2　3） ４種混合　（1　2　3　4）　水痘　（1　2）　おたふく（1　2） インフルエンザ
発達・発育	☐気になることなし　☐少し遅れていると思う　☐わからない　☐相談したい

【緊急連絡先】

母親	氏名	
	フリガナ	
	携帯電話	
	勤務先名	
	自宅から勤務先へのルート	
	住所※	
父親	氏名	
	フリガナ	
	携帯電話	
	勤務先名	
	自宅から勤務先へのルート	
	住所※	
両親以外の血縁関係の方	氏名	
	フリガナ	
	続柄	
	携帯電話	
	住所※	

※児童と同じ場合は記載不要

記入者（利用者）

年　　月　　日　　利用者の署名（　　）

連絡票②（同意書）

お預かり中の病状の変化などにより必要と判断した場合、119番通報することがあります。
通報前にご連絡いたしますが、繋がらなかった場合は、事業者またはベビーシッターの判断で行います。
病院搬送先では、医師の指示に従います。

私は、以上について理解し、ベビーシッターに預けることに同意します。

年　　月　　日　　利用者の署名（　　）

連絡票③（当日の連絡票）

この用紙は、病児保育利用日の預かり開始時のベビーシッターとの情報共有の際に使用します。お子様の大切な情報ですので、正確に記入してください。代行受診希望者は、太線枠内のみ記入してください。

児童の氏名 年　月　日生（　歳）　男・女		
処方薬	□ あり	□ なし
診断医療機関名及び電話番号		診断医師名

【病状（病名等）】※該当するものに✓を入れてください

症状のみ	□ 発熱 □ 下痢 □ 嘔吐 □ 咳 □ 喘鳴 □ 発疹 □ その他（　）
病名・症状名	□ 感冒 □ 咽頭炎 □ 扁桃腺炎 □ 気管支炎 □ 喘息 □ 消化不良 □ 嘔吐症 □ 自家中毒 □ 中耳炎 □ 結膜炎 □ 溶連菌 □ とびひ □ 突発性発疹 □ 手足口病 □ りんご病 □ おたふく風邪 □ 麻疹 □ インフルエンザ □ 水痘 □ 百日咳 □ 風疹 □ プール熱 □ その他（　）

【治療・服薬】

項目	内容記入欄
処方内容	
服薬タイミング	□ 食前 □ 食後（　時） □ その他（　）

【保育上の留意点】

項目	内容記入欄
安静	□ 特に制限なし □ ベッド安静 □ その他（　）
食事	□ 特に制限なし □ 絶食 □ その他（　）
薬	□ 特に制限なし □ 処方のとおり □ その他（　）
その他留意事項	

【連絡先・お迎え情報】（事前登録用の内容と同じ場合は記載不要）

項目	内容記入欄
勤務先（所在地）	
緊急連絡先①	氏名：　電話：　関係：
勤務先（所在地）	
緊急連絡先②	氏名：　電話：　関係：
勤務先（所在地）	
緊急連絡先③	氏名：　電話：　関係：

【同意事項】

お預かり中の病状の変化などにより必要と判断した場合、119番通報することがあります。

通報前にご連絡いたしますが、繋がらなかった場合は、事業者またはベビーシッターの判断で行います。

病院搬送先では、医師の指示に従います。

私は、以上について理解し、ベビーシッターに預けることに同意します。

年　月　日　利用者の署名（　）

私は、以上について理解します。

年　月　日　ベビーシッターの署名（　）

投薬の依頼について

ル･アンジェのベビーシッターがお子様へ投薬を行うことは医療行為とみなされるため原則としてお引き受けを致しません。
ただし、病児・病後児のベビーシッティング・病児以外のシッテイングのいずれの場合も、下記の条件の下でのみル・アンジェのベビーシッターが投薬をお引き受け致します。

発熱・投薬の必要が有るお子様の場合には、安全上の観点から、必ずル・アンジェまで事前にご連絡をください。

① やむをえず保護者様が投薬することができない場合であること。
② 保護者様からのご依頼があること。（保護者様は「投薬依頼書」にご記入・ご署名・ご捺印のうえ、事前にベビーシッターにご提出ください。
③ 薬は通院先の医師が処方し、調剤したもの、あるいはその医師の処方によって薬局で調剤したものであること。
保護者様のご指示による市販薬であること。
（常備薬・漢方薬・虫刺され薬、虫よけスプレー、保湿クリームなども含む）
④ 座薬使用は、原則として行いません、止むを得ない場合は、医師からの具体的な文書による指示がある場合に限り、保護者様のご了解を頂いた後で行います。
（但し、その座薬をはじめて使用する場合には、行いません）
⑤ 体調急変時・また薬の使用に「熱が高いとき」「咳が出るとき」「発作が起こったとき」などのように症状の判断を必要とするときには、保護者様へ緊急電話をおかけ致しますので、ご指示ください。
⑥ 「投薬依頼書」に保護者様がご記入のうえ、下記を添付してください。
処方薬：処方箋コピー・お薬手帳コピーの添付あるいはお薬の名前をご記入ください。
市販薬：市販薬の説明書・パッケージの添付あるいはお薬の名前をご記入ください。

上記の条件をご了承の上、ル・アンジェに投薬をご依頼される場合は、裏面の投薬依頼書にご記入・ご署名・ご捺印の後、当日担当するル・アンジェのベビーシッターへお渡しください。

投薬依頼書　Medicine Request and Agreement

お子様氏名 / Child’s Name	ご記入者 / Parent’s Name	投薬日 / Medication Date 年　月　日
病名、当日あるいは前日の具体的な症状 / Name of Sickness / Symptoms of the day		解熱剤投薬を要する体温 / Timing to give fever reducer ℃
		処方箋調剤日 / Prescription Date 年　月　日

処方薬：処方箋コピー・お薬手帳コピーの添付あるいは下記にご記入ください。
市販薬：市販薬の説明書・パッケージの添付あるいは下記にご記入ください。

＊手書きされる場合は、下記について必ずご記入下さい。

薬　名・投薬量：

薬の種類：内服・外用

投薬・外用時間：

外用場所：塗り薬の部位

目薬：右・左・両目

薬の飲ませ方・注意点など：

保護者名：　　印　　年　月　日

署名 / Signature　　ご依頼日付 / Date

通 院 同 行 依 頼 書

Hospital visit request form

本日(　　)の貴院への通院同行を下記の者へ依頼しましたので、よろしくお願いいたします。
I have requested that Le Ange's babysitter take my child, (　　), to your hospital.

同行者　ル･アンジェ㈱　ベビーシッター　(　　)
Le Ange babysitter's name

保護者名 Parent's name	印 signature	受診者との関係 Relationship	年 / 月 / 日 Year / Month / Day

診断書　　(要･不要)　※要の場合、別途診断書料金がかかります。
Doctor's certificate(yes･no)　※Additional charge would be required.

症状(保護者記入) Sympton description by parent(Please fill in this space)

・症状：

・症状が出始めた時期：

・今朝の様子（体温・食欲・嘔吐など）：

・園で流行っている病気：

・お医者様に伺いたいこと：

・その他特記事項：

医師所見(受診後シッターが記入)　記入者(　　)
Doctor's remark　　Le Ange babysitter's name(Le Ange babysitter fills in this space)

・診断名：

・保護者様にお伝えすべきこと：

・お薬の処方：　あり／なし　飲む際の注意：

・その他特記事項：