

# のんたんルーム利用登録票

登録No. \_\_\_\_\_

フリガナ		愛 称	登 録 日		
お名前	男・女		H 年 月 日		
生年月日	年 月 日生 ( 歳 ヶ月) ・血液型 型 (Rh )				
通所施設名	保育所 (園) ・幼稚園 ・小学校	組	保育歴 年 月～		
住 所	〒		TEL ( )		
かかりつけ医			TEL ( )		
健康保険証	記号	番号	保険者番号		
緊急時連絡先	氏名	続柄	TEL ( )		
同居家族	氏 名	続 柄	年 齢	勤務・通学先名	TEL
成育歴	・出生 週 g ・出産時の異常 ( ある ・ ない ) ・首のすわり： ヶ月 ・ひとり歩き： ヶ月				
既往歴	今までにかかった病気に○をつけてください 突発性発疹 ・ はしか ・ 水痘 ・ 風疹 ・ おたふくかぜ ・ 百日咳 ・ 川崎病 その他 ( ) 入院歴 (病名 歳 ヶ月)				
予防接種歴	接種の済んでいるものに○をつけてください BCG ・ ポリオ (生) ・ MR ・ 三種混合 ・ 水痘 ・ おたふくかぜ ・ 日本脳炎 不活化ポリオ ・ 四種混合 ・ B型肝炎 ・ ロタウイルス ・ ヒブ ・ 小児用肺炎球菌				
アレルギー	ある ・ ない 食物 : 卵 ・ 牛乳 ・ 大豆 ・ 小麦 ・ その他 ( ) 除去の程度 ( ) 喘息 : 定期薬 ( ) 吸入薬 ( ) 発作時 ( ) アトピー: アレルゲン ダニ ・ ハウスダスト ・ 花粉 ・ 動物 ・ その他 ( )				
けいれん	ある ・ ない 初回 ( 歳 ヶ月) 最後 ( 歳 ヶ月) 発作時のケアについて ( )				
その他	注意してほしい点・心配事などがあれば記入して下さい				
病児・病後児保育室における保育研究の説明			病児保育室における保育研究の同意		
説明を受けよく理解できた・理解できない			同意します ・ 同意しません		

家庭からの連絡票

令和 年 月 日 ( )

お子さんのお名前	男・女	年齢	才 ヶ月
施設名	( 保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校 )		
保護者名	緊急時の 連絡先	① TEL ( )	
		② TEL ( )	
受診医療機関名	TEL ( )		
体温	昨夜 ℃	今朝 ℃	
解熱剤の使用	使用していない ・ 使用した ( 日 時 薬品名 )		
主な症状	発熱 ・ 鼻水 ・ 咳 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ( 回 最終 日 時 ) その他 ( 具体的に )		
便	昨日・・・出た ( 普通便・軟便・下痢便 ) ※下痢の時→ 回 今朝・・・出た ( 普通便・軟便・下痢便 ) ※ " → 回		
尿	よく出ている ・ 普通 ・ 少ない 今朝は ( 出た ・ 出ていない )		
食事	昨日の夕食 ( )	食欲は?	朝のミルク ( 母乳 )
	今朝の朝食 ( )	ある・ない	時 分に CC
アレルギー	なし ・ あり ※除去食は ( 必要なし ・ 必要あり → )		
睡眠	昨夜は ( 時から 時まで ) よく寝ていた・あまり寝ていない 昨日の午睡は ( 時から 時まで ) ・ 午睡の習慣なし		
薬	あり ( 内服薬名 ) 計 種類 → 食前 ・ 食間 ・ 食後 ( 外用薬等その他 ) 計 種類を ( 時に ) なし		
☆気になることや、注意してほしいことなどがあればご記入下さい。			
☆お子さんの病態に変化が見られたとき、 かかりつけ医の指示のもとで受診を依頼 されますか?  依頼する ・ しない		☆今日のお迎えは  ( ) が ( 時 分 )	

大阪市病児・病後児保育事業

医師連絡票（診療情報提供書）

（提出先） 大 阪 市 長

大阪市病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡します。

令和 年 月 日

医療機関  
住 所  
T E L  
担当医氏名



保護者記入欄

児 童 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	平成・令和 年 月 日		(満 歳)
児 童 住 所	大阪市 区		
保 護 者 氏 名		電 話 番 号	
病児・病後児保育事業利用希望開始日	令和 年 月 日から		

医療機関記入欄

病名・症状名 (該当する病名・症状に○印をおつけください。)	1 感冒・感冒様症候群	9 中耳炎・外耳炎	17 麻しん
	2 咽頭炎	10 結膜炎(流行性を含む)	18 インフルエンザ
	3 扁桃腺炎	11 溶連菌感染症	19 水痘
	4 気管支炎	12 伝染性膿痂疹(とびひ)	20 百日咳
	5 喘息・喘息性気管支炎	13 突発性発疹	21 風しん
	6 消化不良症	14 手足口病	22 咽頭結膜熱(プール熱)
	7 感冒性嘔吐症	15 伝染性紅斑(りんご病)	23 その他
	8 自家中毒症	16 流行性耳下腺炎	( )
	【病名不明の時】		
	24 発熱	26 嘔吐	28 喘鳴
	25 下痢	27 咳嗽	29 発疹
	30 その他	( )	
診 療 形 態	1 外来 2 往診 3 入院 (H・R 年 月 日～ 年 月 日)		
治 療 経 過 及 び 症 状 経 過			
食 事 ( 昼 食 ) (○印で記入)	・ミルク ・牛乳のみ ・離乳食 ・幼児食 ・下痢食 ・アレルギー食(除去内容)		
安 静 度 (○印で記入)	1 ベッド上安静 2 室内安静 3 室内保育		
処 方 内 容 そ の 他 注 意 事 項			
	次回診療予定日 月 日		

※医療機関の方へ

「医師連絡票」の文書料は、診療情報提供料(I)の扱いとなります。(小児科外来診療料を算定される場合は、小児科外来診療料に診療情報提供料(I)が含まれているため、診療情報提供料(I)を算定することができません。)