

病児・病後児保育 確認書

年 月

お客様苗字	様	お子様名前・年齢	様(歳 ヶ月)
緊急連絡先①	名称	電話番号	
緊急連絡先②	名称	電話番号	

日付(曜日)	お預かり開始	お預かり終了	作業時間	お客様ご署名
	:	:	:	

お子様の健康状態(発症から本日まで)

呼吸状態チェック時間(確認: V 起床: O)				お預かり時体温 °C				
入眠時間	10	20	30	40	50	60	70	80
:								

食事・水分	排泄
-------	----

保育記録	時刻	体温等	保育内容

薬についての連絡書

(保護者名) _____ は、(児童名) _____ の 保育を (保育者)ビューティーライフ 寺島 に委託するにあたり、投薬について 下記のとおり連絡します。			
年 月 日 (署名) _____			
処方をした 病院・医師名		電話番号	— —

薬の使い方

日付	時刻	薬の名称(保管方法)	一回の量 (包・錠・目盛り)	留意事項
例) 6/15	8:30	クラリチン(常温)	ドライシロップ 1包	少量の水で練る。

保育者の実施記録

日付	時刻	薬の名称(保管方法)	一回の量 (包・錠・目盛り)	お子様の様子

★保育者チェック項目

- 容器や袋にお子様の名前が記入されている。
- 医師が処方した薬品であり、容器等に病院名・医師名・薬局名・薬剤師名等と電話番号が記入されている。
- 処方された病院あるいは薬局の包装や容器に入っている。
- 処方の日付がある(年 月 日)
- 薬の使い方・保管の指示がある。