

スマートシッター病児保育連絡票

利用日	年 月 日	お子様名	
症状	月 日頃より発症	昨夜の体温 (時頃 °C)	今朝の体温 (時頃 °C)
	診断日 月 日	クリニック名 ()	
	診断結果 ()		
	嘔吐 あり (昨日 時頃 回、今日 時頃 回) ・ なし		
	便の状態 昨日 (普通 回、軟便 回、泥状 回、水様 回) (色) 今日 (普通 回、軟便 回、泥状 回、水様 回) (色) なし (日間)		
<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳・くしゃみ <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他痛み () <input type="checkbox"/> 発疹 (部位:) <input type="checkbox"/> かゆみ (部位:) <input type="checkbox"/> その他症状 ()			
薬	<input type="checkbox"/> 今朝の与薬 有・無 有の場合の時間 : 名称・飲み方 ()		
	<input type="checkbox"/> 保育中の与薬 有・無・診断結果による		
機嫌	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い		
食欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 無		
	今朝の食事	時間 :	内容 :
前日の夕食	時間 :	内容 :	
睡眠	昨夜から今朝にかけての睡眠 : ~ : <input type="checkbox"/> よく眠っていた <input type="checkbox"/> あまり眠っていない <input type="checkbox"/> ほとんど眠っていない		
普段の生活 (食事、昼寝等) 時間帯を矢印等でご記入ください	06:00	16:00	
	08:00	18:00	
	10:00	20:00	
	12:00	22:00	
	14:00	24:00	
その他	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー 有 () ・ 無 / 薬物アレルギー有 () ・ 無 <input type="checkbox"/> 過去に痙攣 有 () ・ 無 <small>※アレルギーや痙攣有の場合は内容をご記入ください。その他、伝えたいことも本欄にご記入ください</small>		
緊急連絡先	緊急連絡先 1	氏名 ()	TEL ()
	緊急連絡先 2	氏名 ()	TEL ()

与薬依頼書

スマートシッター与薬ルールについて承諾の上、医師の指示に基づき服用することが必要な薬を服用するための支援を依頼します。

なお薬の服用支援は以下の与薬内容に従って行うものとし、これにより発生したいかなる事象についても、スマートシッター株式会社及び支援を行ったベビーシッターに対して責任を問わないことを了承します。

年 月 日

お子様氏名 _____

保護者氏名 _____ 印 _____

※薬ごとに1回分ずつ分けて記入してください

時刻	薬名	量	服用方法等

<スマートシッター与薬ルール>

1. 上記、必要事項を記入されていない場合は与薬ができません。
2. 塗布薬・点眼薬の与薬が1か月以上に及ぶ場合は、再受診をして医師に与薬連続の必要性をご確認ください。なお継続が必要と診断された場合は新しい薬剤の処方依頼し、新しい薬剤をご用意ください。
3. 薬名は薬剤情報提供書またはお薬手帳の通り正しい薬剤名をご記入ください。薬剤情報提供書またはお薬手帳と同じでない場合は与薬ができません。
4. 「与薬依頼書」・「薬剤情報提供書またはお薬手帳」・「与薬する薬剤」の3点が揃っていない場合は与薬できません。
5. 医師の処方による薬剤のみ、与薬回数分しかお預かりできません。
6. 薬物アレルギーがある場合、与薬できない事もございます。



通院同行依頼書

本日、_____の貴院への通院同行を下記の者に依頼しましたので、よろしくお願いいたします。

年 月 日

スマートシッター株式会社

同行者 _____

保護者氏名 _____ 印

保護者連絡先 _____

【チェックリスト（ご家庭で用意いただくもの）】

<input type="checkbox"/>	健康保険証	
<input type="checkbox"/>	乳幼児医療証	
<input type="checkbox"/>	母子健康手帳	
<input type="checkbox"/>	薬剤情報提供書	与薬が必要な場合のみ。お薬手帳でも可
<input type="checkbox"/>	処方薬	与薬が必要な場合のみ。1回分ずつ分けてください
<input type="checkbox"/>	着替え	下着を含めて楽な服装、パジャマ等をご用意ください
<input type="checkbox"/>	外出時の服装	外出が必要な場合は適宜、ご用意ください
<input type="checkbox"/>	紙オムツ・お尻拭き等	下痢症状がある場合は多めにご用意ください
<input type="checkbox"/>	熱さましグッズ	市販のものや氷のう、保冷剤等。適宜、ご用意ください
<input type="checkbox"/>	食事・飲み物・食器類	適宜、ご用意ください
<input type="checkbox"/>	粉ミルク・哺乳瓶	適宜、ご用意ください
<input type="checkbox"/>	タオル（汗拭き用）	
<input type="checkbox"/>	体温計	
<input type="checkbox"/>	病児保育連絡票	スマートシッターのログイン後のページのメニューからダウンロード、印刷してご記入ください
<input type="checkbox"/>	与薬依頼書※	
<input type="checkbox"/>	通院同行依頼書※	
<input type="checkbox"/>	チェックリスト	※与薬依頼書、通院同行依頼書は必要な場合のみご用意ください

スマートシッターのサイト上で「スマートシッターの病児保育について」をご確認いただき、内容についてご同意いただけますか。

はい ・ いいえ

年 月 日

保護者氏名 _____ 印