

注意点

○ 病児・病後児保育をご利用のお客様には、「病児・病後児保育連絡票」「チェックリスト」「与薬依頼書」をご用意いただく。

診断名	<input type="checkbox"/> 風邪症状(37.5℃以上の発熱、咳、鼻水、下痢、嘔吐、腹痛) <input type="checkbox"/> 気管支喘息(軽症型) <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <small>※記載以外はサービス対象範囲外となります。</small>
診断日	月 日 / 医療機関名()
症状	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他症状() <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()
	いつから: <input type="checkbox"/> 今朝 時頃 <input type="checkbox"/> 前日 <input type="checkbox"/> 2~3日前から <input type="checkbox"/> 月 日~

<input checked="" type="checkbox"/> トイレ	<input checked="" type="checkbox"/> 自分でできる <input checked="" type="checkbox"/> トイレトレーニング中 ● 配慮する点(トイレに誘う、○時間ごと など)
<input checked="" type="checkbox"/> オムツ	<input checked="" type="checkbox"/> 紙オムツ <input checked="" type="checkbox"/> 布オムツ ● 配慮する点(オムツかぶれ、○時間ごと など) ● オムツの捨て方 ● 便の処理方法(ビニール袋、固形うんちはトイレに流すなど)
<input checked="" type="checkbox"/> 授乳	● ミルク量や時間 ● 配慮する点(飲みながら寝てしまう時など) ● 洗浄 <input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input checked="" type="checkbox"/> 不要 [方法など] ● 消毒 <input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input checked="" type="checkbox"/> 不要 [方法など]
<input checked="" type="checkbox"/> 食事、離乳食	● 食べ残しの処理方法 <input checked="" type="checkbox"/> そのままキッチンに置いておく <input checked="" type="checkbox"/> 捨ててほしい ● 食物アレルギーの有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 [メモ] <input checked="" type="checkbox"/> 無 ● 食べさせ方 <input checked="" type="checkbox"/> 温める <input checked="" type="checkbox"/> 残しても良い(本人が満足するまで) <input checked="" type="checkbox"/> できる限り食べさせてほしい ● 配慮する点(一気に食べてしまうなどの食べ方や、スプーンやお箸の使い方など)
<input checked="" type="checkbox"/> 睡眠	● 寝かしつけ方法 ● お子様の癖 ● 寝かせる場所 ● 時間帯 ● 配慮する点(お昼寝は1時間以内 など)
<input checked="" type="checkbox"/> 着替え	● 着替え場所 ● 汚れた物の置き場 ● 配慮する点(着脱のサポートをして欲しい など)
<input checked="" type="checkbox"/> おやつ、水分補給	● 配慮する点(量や回数 など) <input checked="" type="checkbox"/> お子様の特徴
<input checked="" type="checkbox"/> 勉強、宿題	● 配慮する点(丸つけのみ、本人が終わるまで など) <input checked="" type="checkbox"/> 好きな遊び
<input checked="" type="checkbox"/> ぐずった時や機嫌の悪い時の対応	<input checked="" type="checkbox"/> 家庭内ルール (テレビやゲームの使用時間、食事マナーについて等)

利用日時： 年 月 日 (: ~ :)

クーポン利用

有 ※有の場合は、クーポンの種類を確認(下記項目記入) 無

ポケットアリススマイルクーポン

● シットイング終了時までにクーポンの取得。
● 予約者と会員者が同一人物でない場合
会員者が不在の際は、予約者が一時的に会員者のIDとパスワードでログインできるように準備。
【例】会員はパパだが、予約したのはママの場合、「パパのIDとパスワード」でログインできるようにご準備をお願いします。

すくすくえいど(ベネフィットワン) ●利用表に予めご記入。
補助金額： 300円 700円 その他(円)

アリスシッター発行クーポン
● クーポン番号を入力いただく。

その他 []

引き受け時

母 父 他 []

引き渡し時

母 父 他 []

*成人への引き渡しが必要となります。小学校4年生以上に限りお子様が在宅から保育のスタートが可能です。

緊急連絡先

予約情報と同じ 他 []

当日のご要望

留守中の対応

宅配便、訪問者、電話の対応はできない事をお伝えする

*長時間保育の場合など、お借りすることがあります。

シッターのトイレ利用

鍵の受け渡し

● 受取、置き場の確認

体温計・救急箱の場所

● 置き場の確認

災害時の避難場所

シットイング場所

● シットイング場所のアクセス方法、目印、道順の確認

自宅

● 自宅内の危険箇所、空調、電化製品の使用方法

● お客様が在宅かどうか 外出 在宅

● 使用する部屋 ● 入って欲しくない部屋

*ご自宅内でのシットイング中、お子様の安全を第一に、誤嚥や事故につながる危険な箇所や物品があれば移動させていただく場合があります。

結婚式場

● 場所、アクセス、名称確認

児童館

● シッターが入館できるかどうか確認

その他

● 入館方法、シットイング場所、待ち合わせ場所の確認

テーマパーク(旅行先等でご依頼いただく場合)

● 入館料や施設内のご利用料金はお客様でお支払いただきます。

メモ []

お子様の
体調管理

● お子様の体調や配慮する点

与薬 有 無

*有の場合はお客様に与薬依頼書をご準備いただきます。

【オプションメニュー】 ※有料です

保育前後の
買い物

有 無 ※有の場合は買い物の詳細を確認。

保育前後の
日常家事

有 無 ※有の場合は家事内容を確認。



病児・病後児保育連絡票

利用日： 年 月 日

お子様氏名	よみがな	
診断名	<input type="checkbox"/> 風邪症状(37.5℃以上の発熱・咳・鼻水・下痢・嘔吐・腹痛) <input type="checkbox"/> 気管支喘息(軽症型) <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 ※上記以外はサービス対象範囲外となります。	
診断日	月 日 / 医療機関名()	
症状	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他症状() <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() いつから: <input type="checkbox"/> 今朝 時頃 <input type="checkbox"/> 前日 <input type="checkbox"/> 2~3日前から <input type="checkbox"/> 月 日~	
今朝の様子	検温	今朝の体温(時頃 °C) / 前夜の体温(時頃 °C)
	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"/> なし
	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
	便	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い(便の状態:)
	薬	保育中の与薬希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※「あり」の場合は、与薬依頼書の作成をお願いします。
連絡事項	【お子様に配慮する点】 【その他連絡事項】	



与薬依頼書

アリス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ベビーシッターに依頼します。

なお、薬の服用支援は以下の与薬内容にしたがって行うものとし、これにより発生したいかなる事象についても、株式会社アリスキャリアサービス及び、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 保護者氏名 _____

与薬依頼ができる薬

- 内服薬(粉薬・シロップ薬・丸薬)
 - 塗り薬、軟膏、保湿剤 等
 - 吸入(鼻腔粘膜への薬剤噴霧等)
 - 点眼薬
 - 坐薬
 - 湿布薬
- など、医師の処方による薬剤のみ与薬依頼が必要です。

※例外として、右記の市販薬は与薬依頼書は必要ありません。【日焼け止め・虫よけスプレー・かゆみ止め・保湿剤】

与薬する日 年 月 日

与薬依頼時間	薬名	量	服用方法
AM PM	:		

※薬ごとに1回分ずつ分けてご記入ください。

【アリスシッター与薬ルール】

- 上記、必要事項を記入されていない場合は与薬できません。
- 「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。
- 塗布薬・点眼薬の与薬が1ヵ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を依頼し、新しい薬剤をご用意ください。
- 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一でない場合は与薬できません。
- 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。
- 薬物アレルギーがある場合、与薬できないこともございます。

シッター確認サイン _____

※シッターは所定の方法にて報告する事



チェックリスト【ご家庭でご用意いただくもの】

病児・病後児保育用

<input checked="" type="checkbox"/> 病児保育連絡票	
<input checked="" type="checkbox"/> チェックリスト(この用紙)	アリスシッターにログイン後のメニューからダウンロード、印刷してご記入ください。 ※与薬依頼書は必要な場合のみご用意ください。
<input checked="" type="checkbox"/> 与薬依頼書	
<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険証	
<input checked="" type="checkbox"/> 乳幼児医療証	
<input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳	
<input checked="" type="checkbox"/> 薬剤情報提供書 又は お薬手帳	与薬が必要な場合のみ
<input checked="" type="checkbox"/> 処方された薬	与薬が必要な場合のみ ※1回ずつ分けてください。
<input checked="" type="checkbox"/> 着替え	下着・パジャマ・洋服等をご用意ください。
<input checked="" type="checkbox"/> タオル(汗拭き用)	
<input checked="" type="checkbox"/> 紙おむつ・お尻拭き等	下痢症状となる場合もある為、多めにご用意ください。
<input checked="" type="checkbox"/> 熱さましグッズ	熱冷シート・氷のう・保冷剤等
<input checked="" type="checkbox"/> 食事・飲み物・食器類	体調に合わせたものをご用意ください。
<input checked="" type="checkbox"/> 粉ミルク・哺乳瓶	適宜、ご用意ください。
<input checked="" type="checkbox"/> 体温計	

アリスシッターHPにて「病児・病後児保育について」のサービス内容・注意事項を確認しました。

年

月

日

保護者氏名



スタジオアリスグループの
ベビーシッターサービス

アリスシッター