

利用申込書

実施施設の長 様

下記のとおり病児保育事業の利用を申し込みます。
 なお、利用期間中は施設の指示に従います。

年 月 日

保護者氏名 _____

(ふりがな) 児 童 氏 名	() □男 □女	生年月日	(年 月 日) (歳 カ月)
利 用 期 間	月 日 () 時 分 ~ 月 日 () 時 分		
連 絡 先	自宅の住所:	Tel	- -
	緊急連絡先①: 氏名	Tel	- -
	緊急連絡先②: 氏名	Tel	- -
通院医療機関名	病院・医院	Tel	-
今回の病気について (病 名:)			
いつからどんな症状がありましたか? (☑をつけてください)			
<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 喘鳴 (ぜいぜい) <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> その他 (具体的にお書きください)			
【食事について】 昨日から今日の食欲はどうですか (□良い □ふつう □不良) 入室中の食事 (□持参食 □ミルク食) ※ミルクの場合 朝のミルク時間 時 分頃 1回 () cc 1日 () 回 ※アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:	【服薬について】 もらっている薬 持参した薬 (□上と同じ) 解熱剤を使用した時間 時 分頃	【便の様子】 <input type="checkbox"/> 普通便 <input type="checkbox"/> 硬便 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 下痢 便の回数 昨日 回 今朝 回 【吐き気】 (□ある □ない) 嘔吐の回数 昨日 回 今朝 回	
連れてこられた方は	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> その他 (続柄 氏名)		
迎えにこられる方は	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> その他 (続柄 氏名)		
	迎えの予定時間 時 分頃		