

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 | | |