

病児・病後児保育事業利用申込書

申込日 年 月 日

身延町長 殿

申込者 住所
氏名



病児・病後児保育事業を保護者の都合（ 1 仕事 2 傷病 3 事故 4 出産 5 介護・看護 6 冠婚葬祭 7 その他〔 〕）のため利用したいので、申し込みます。

なお、症状の変化に伴い、緊急に医師の診察を受ける必要がある場合は、保護者の承諾なしに受診し、その治療に要した費用は保護者が負担することに同意します。

ふりがな				生年月日		年 月 日	
児童氏名				年齢		歳 か月	
				性別		男 ・ 女	
今回の病名							
診断した医師		(医療機関名称)				(医師名)	
利用期間		年 月 日 から 年 月 日 まで					
利用時間		時 分 から 時 分 まで					
実施施設での昼食提供の有無		有 ・ 無 ※有の場合、実費相当額負担あり					
実施施設でのおやつ提供の有無		有 ・ 無 ※有の場合、実費相当額負担あり					
緊急連絡先	①	ふりがな			続柄	勤務先名称	
		氏 名					
		携帯電話				勤務先電話	
	②	ふりがな			続柄	勤務先名称	
		氏 名					
		携帯電話				勤務先電話	
お迎えに来る方について							
氏名（ ） 続柄（ ）						※お迎えの方が変更になる場合は、必ずご連絡ください。	
お迎えの予定時刻 （ 時 分頃）							

※利用する児童が病児に該当する場合は、連絡票（様式第4号）を添付してください。

家庭からの連絡票

児童氏名		歳	か月
	月 日 夜	月 日 朝	
体 温	時 分 . °C 時 分 . °C 時 分 . °C	時 分 . °C 時 分 . °C 時 分 . °C	
鼻 汁 せ き 喘 鳴	多い ・ 少ない ・ ない 多い ・ 少ない ・ ない 多い ・ 少ない ・ ない	多い ・ 少ない ・ ない 多い ・ 少ない ・ ない 多い ・ 少ない ・ ない	
おう吐	無 ・ 有 (回)	無 ・ 有 (回)	
便	ない ・ 普通 ・ 軟便 泥状便 ・ 水様便 (回)	ない ・ 普通 ・ 軟便 泥状便 ・ 水様便 (回)	
尿	多い ・ 普通 ・ 少ない	多い ・ 普通 ・ 少ない	
食 事	普通食 ・ 軟食 ・ お菓子 量： 普通 ・ 少量 ・ 食べない	普通食 ・ 軟食 ・ お菓子 量： 普通 ・ 少量 ・ 食べない	
薬	内服薬： 服用 ・ 内服しない 解熱剤： 使用 (時) ・ 使用しない 外用薬： 使用 (時) ・ 使用しない	内服薬： 服用 ・ 内服しない 解熱剤： 使用 (時) ・ 使用しない 外用薬： 使用 (時) ・ 使用しない	
機 嫌	良好 ・ 倦怠 ・ 興奮	良好 ・ 倦怠 ・ 興奮	
その他			

- 1 現在見られる症状
()
- 2 保育中の薬の投与について (必要 ・ 不要)
※薬の内容や飲ませ方などがわからない場合は、保育室では薬を飲ませることはできません。処方した医師などに薬の内容をお問い合わせください。また、薬剤情報提供書などがある場合には、必ず持参してください。

【薬の投与が必要である場合は以下に記入してください】
① 持参した薬は、 年 月 日に処方されたもののうちの 日分
② 保管は、 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()
③ 薬の剤型 液 (シロップ) ・ 粉末 ・ 錠剤 ・ 外用薬 ・ その他 ()
④ 薬の内容
抗生物質 ・ 解熱剤 ・ せき止め ・ 下痢止め ・ かぜ薬 ・ 外用薬 ()
⑤ 使用する時刻 昼食の 分前 ・ 分後 ・ その他 ()
⑥ 服用の方法 (例：食事、飲み物に混ぜる)
()
⑦ その他注意事項
()