

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				
	②	ふりがな			続柄 ( )	勤務先名称
		氏名				
		携帯電話				
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 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  
( )