

登録番号	
------	--

病児保育事業利用申請書

年 月 日

長 与 町 長 様

申請者 住 所：長与町 郷 番地
 (保護者) 氏 名：
 電話番号： — —

次のとおり、病児保育事業を利用したいので申請します。

ふりがな		男 ・ 女	年 月 日 (歳 ヶ月)
お子さまの名前			
利用日時	年 月 日() 午前・午後 時 分 から 年 月 日() 午前・午後 時 分 まで		
利用する理由	1 勤務 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 その他()		
通院医療機関名	医療機関名： 住 所： TEL — —		
連絡先	自宅	住 所：長与町 郷 番地 電話番号：	
	緊急連絡先	氏 名： 続柄() 電話番号：	
	緊急連絡先	氏 名： 続柄() 電話番号：	
同 意 書			
病児保育の利用に際し、次のことに同意いたします。			
(1) 利用期間中は、施設の指示に従うこと。 (2) 利用期間中の様態の急変等により、必要に応じては医師の診断を受けること。 (3) (2)により医師の診断を受けた場合は、別途自己負担が発生すること。			
年 月 日			
保護者氏名			

◎保育園、幼稚園等は、いつから休んでいますか？

◎いつから、どのような症状がありましたか？

主な症状に◎をつけてください（発熱・咳・鼻水・ゼーゼー・下痢・嘔吐・発疹・その他）

◎睡眠状況はどうですか？（不良・普通・良い）

◎食欲はどうですか？ 昨夜（なし・普通・あり）

今朝（なし・普通・あり）

入室中の食事（普通食・離乳食・ミルク）

昼食・おやつ（なし・あり）

※持参ありの方で全く食べられない場合、こちらから食品を提供してもいいですか？（はい・いいえ）

入室中のミルク：持参（なし・あり）、1回（ ）cc（ ）時間おき

※ひなたぼっこでは明治の「ほほえみ」を利用しています。

◎食物アレルギーはありますか？ なし・あり（卵 牛乳 大豆 小麦 そば粉 その他）

◎便の様子はどうですか？ 昨日（ ）回（普通・軟便・下痢）

今日（ ）回（普通・軟便・下痢）

便秘 最終排便日（ ）月（ ）日

◎尿の様子はどうですか？ 最終排尿時間（ ）：（ ）・出ていない

◎医師に受診（していない・している） 病名：

◎くすりの持参（なし・あり）※抗生剤 解熱剤 座薬 その他（ ）

※くすりを飲んだ時間：今朝（ ）：（ ）/入室中のくすり（なし・あり）

解熱剤の使用 なし あり（ ）月（ ）日（ ）時頃）その時の体温（ ）度

◎けいれんをおこしたことがありますか？ なし・あり：いつ？（ ）

◎気になることがあればお書きください。