

ABCチャイルド 病後児保育 当日利用申込書

年 月 日

保護者氏名

印

病後児保育の利用について、下記の通り申し込みます。

フリガナ				生年月日	男・女 年 月 日 (歳 ヶ月)		
児童氏名							
住所	〒 -						
緊急時の 連絡先 <small>※必ず繋がる ように</small>	氏名	続柄	連絡先名	電話番号			
	①						
	②						
申込理由	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> その他()						
利用日時	年 月 日()			時 分	～	時 分	時間
お迎えに 来る方	氏名	続柄	電話番号(上記①②以外の場合)				
児童の 本日の症 状	・医師に診断された病名						
	・保育施設等をいつから休んでいますか 月 日から						
	・現在の症状						
	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> その他() 今朝の体温(°C)						
	・服薬していますか						
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↳ 薬名() 最終服薬(月 日 時 分頃)						
	・下痢をしていますか						
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↳ <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> 粘液状 最終排便(月 日 時 分頃)							
・水分はとれていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
・昨夜はよく眠れていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
食物 アレルギー	<input type="checkbox"/> 有:アレルギー品目() <input type="checkbox"/> 無 ↳ 症状()						
その他の アレルギー	<input type="checkbox"/> 有:アレルギー品目() <input type="checkbox"/> 無 ↳ 症状()						

弊社記入欄

■実際のご利用時間 : ~ :

■ご利用単価()円 × ()時間 = 計()円 担当