

ABCチャイルド 病後児保育 当日利用申込書(外傷用)

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	年 月 日	男・女
児童氏名					(歳 ヶ月)	
住所	〒 -					
緊急時の 連絡先	氏名	続柄	連絡先名	電話番号		
	①					
※必ず繋がる ように	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	・医師からの診断名					
	・受傷日		月	日		
	・受診日		月	日		
	・受診医療機関名					
	・今朝の体温		℃			
	・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)			
	・処置について		<input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> 包帯 <input type="checkbox"/> その他: <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 注意事項(詳しく) </div>			
	・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

： ～ 計()円 担当

■ご利用単価()円 × ()時間