

## 病児・病後児保育 当日利用申込書

病児・病後児保育の利用について、下記の通り申し込みます。  
 ※連日ご利用の方は、2日目以降は太線のみご記入ください。

|         |                 |      |                       |   |
|---------|-----------------|------|-----------------------|---|
| フリガナ    |                 | 生年月日 | 男・女                   |   |
| 児童氏名    |                 |      | 年                     | 月 |
| 利用時間    | 年 月 日 時 分 ~ 時 分 |      | 時間                    |   |
| お迎えに来る方 | 氏名              | 続柄   | 電話番号(必ず連絡がつくようにして下さい) |   |
|         |                 |      |                       |   |

|         |     |     |        |
|---------|-----|-----|--------|
| 健康保険証番号 | 記号: | 番号: | 保険者番号: |
|---------|-----|-----|--------|

現在の児童の症状についてご記入ください

|     |                        |
|-----|------------------------|
| 診断名 | 保育施設をいつから休んでいますか 月 日から |
|-----|------------------------|

保育中に与薬がお薬はありますか はい いいえ

※与薬が必要な場合は、与薬依頼書とお薬説明書をご持参ください。

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食物・その他アレルギー                   | <input type="checkbox"/> 有:アレルギー品目( )<br><input type="checkbox"/> 無 → 症状( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 下痢をしていますか                     | <input type="checkbox"/> はい (軟便/泥便/水様便/粘液便) <input type="checkbox"/> いいえ<br>※最終排便( 月 日 時 分頃)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 機嫌はどうか                        | <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普段と変わらない <input type="checkbox"/> だるそう <input type="checkbox"/> 悪い                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 食事・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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 病気の経過                         | 現在の症状<br>今朝の体温( °C)<br><input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴<br><input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気<br><input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 食欲低下<br><input type="checkbox"/> その他( ) |
| ご家庭での様子や気を付けて欲しいことなどをご記入ください。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

以下は該当する方のみご記入ください。

|        |                    |
|--------|--------------------|
| 熱冷まし   | のみ薬・坐薬 → 使用した時間: 時 |
| 吐き気止め  | のみ薬・坐薬 → 使用した時間: 時 |
| けいれん止め | のみ薬・坐薬 → 使用した時間: 時 |
| 自宅吸入   | 吸入した時間 ( : ) ( : ) |