

山県市病児保育利用申込票

(実施主体) : 山県市社会福祉協議会 会長 様

		登録番号	
ふりがな 利用児童氏名		利用年月日 時間	年 月 日 時 分～ 時 分
性別 男・女	生年月日 年 月 日 (歳 か月)	通園 通学	<input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園 () <input type="checkbox"/> 小学校 (小学校 年生)
保護者氏名		利用の理由	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> その他 ()
自宅住所			
利用児の状況 ※必ずご記入下さい (1) 病名 (2) 症状経過 いつから (連続利用の場合は前日の様子を)		(3) 熱性けいれんの既往 あり・なし 今までに 回 最終は 年 月	
発熱	昨夜 ℃ (時頃)	今朝	℃ (時頃)
座薬	使用していない・使用した 時 分 (発熱・吐き気・けいれん)		
朝食	食べた 時 分 内容 ()・食べなかった		
ミルク	_____ml 最終 _____時 ・ 普段は1回 _____ml (_____時間毎)		
母乳	1日 _____回 (最終_____時) 入眠時もしくは夜中にぐずついた時 _____のませて いる・いない		
朝の薬	飲んだ・まだ飲んでいない・なし		
喘鳴	無・少々・多い	鼻汁	無・少々・多い
咳	無・少々・多い	食欲	普通・やや不良・不良
嘔吐	無・有 (回) 最終 時	排便	無(最終 日前)・有 (回)
尿量	普通・やや少ない・無	便性状	有形便・軟便・泥状・水様
機嫌	普通・やや不良・不良	活気	普通・ごろごろ・ぐったり
迎えの時刻	時 分	迎えに来る人	続柄 ()
緊急連絡先 (※全て必ずご記入下さい。)			
① 氏名		勤務先	電話
続柄 ()		携帯	
② 氏名		勤務先	電話
続柄 ()		携帯	
これまでににかかった感染症や病気に○を付けて下さい。 1.突発性発疹 2.はしか 3.風疹 4.水ぼうそう 5.おたふくかぜ 6.りんご病			
くせや、心配なこと、考慮して欲しいことがあれば、具体的にご記入下さい。			

※処方された薬をお持ちになる場合は、別紙「与薬依頼票」を添付してください。

※お子様の病状が急変した場合は、直ちに保護者に連絡させていただきます。

●いただきました個人情報、病児保育事業のみに利用するとともに適正に管理いたします。

●本施設は利用定員が限られています。保護者の皆様が必要な時に利用できるよう、安易な予約は控えていただきますようお願いいたします。