

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	☐ 保育園・幼稚園（ ） ☐ 小学校（ ） 小学校 年生	
保護者氏名		利用の理由	☐ 勤務の都合 ☐ 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。