

第3号様式（第12条関係）

病児・病後児保育利用申込書

年 月 日

病児・病後児保育室 様

保護者 住所
氏名
電話番号
緊急連絡先（ ）

病児・病後児保育を利用したいので、下記のとおり申し込みます。

ふりがな		生年月日
児童名		年 月 日
現在の利用施設名	保育園・幼稚園・小学校（ 歳児・年生）	
利用予定期間	年 月 日 ～ 月 日（ 日間）	
	: ~ :	
傷病等の経過	いつからどのようになって現在に至っているのかを記入	
傷病等の状況	利用日当日の状況 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹（部位 ） <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> その他（ ）	
体重・体温	体重 k g	現在の体温 °C（基礎体温 °C）
状態変化時の対応	<input type="checkbox"/> 連絡なく受診 <input type="checkbox"/> 受診後連絡 <input type="checkbox"/> 度以上で受診 <input type="checkbox"/> 必ず連絡がほしい <input type="checkbox"/> その他（ ）	
主治医	病院・医院・クリニック 電話 -	
送迎者	送り： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	迎え： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ）	