

病児・病後児保育事業
利 用 申 込 書

☆利用する際に、記入してご持参ください。

年 月 日

保 護 者 名			病児保育室 登録番号	No.		
お子さまのお名前	男・女	生年月日	年 月 日 (歳 か月)			
緊急連絡先(※すべて必ずご記入下さい。)						
(1) 氏名 (児童との関係)						
連絡先 (勤務先)			電話			
(2) 氏名 (児童との関係)						
連絡先 (勤務先)			電話			
利用児の状況						
(1) 病名						
(2) 症状経過 いつから(推定: 年 月 日)						
(3) 症状						
機嫌	普通 ・ やや不良 ・ 不良		活気	普通 ・ ごろごろ ・ ぐったり		
体温	昨日	℃(時)/ 今朝	℃(時)	喘鳴	なし ・ 少々 ・ 多い	
座薬	使用していない・使用した 時 (発熱・吐き気・けいれん)					
咳	なし ・ 少々 ・ 多い		鼻汁	なし ・ 少々 ・ 多い		
嘔吐	なし ・ あり(回) 時間 時		尿量	普通 ・ やや少ない ・ 無		
排便	なし(最終 日前)・あり(回)		便性状	有形便 ・ 軟便 ・ 泥状 ・ 水様		
食欲	普通・やや不良・不良	朝食	食べなかった ・ 食べた(時間) 内容()			
ミルク	飲んだ ml(時) ・ 飲んでない 普段は1回 ml 時間毎					
朝の薬	飲んだ(時間) ・ まだ飲んでない ・ なし					
(4) 持参する薬について						
処方された内服薬：なし・あり(持参：なし・あり) 内服薬の種類：粉薬 () 包・水薬 ひまわりで内服する時間：(午前・午後： 時) 内服薬の飲み方： そのまま・()に混ぜる・練る・()に溶かす						
座薬：なし・あり () その他：軟膏 () 点眼薬 ()						
お迎えの時間	時 分		お迎えに来る人：			
家庭で看護できない理由： 勤務・病気・出産・事故・冠婚葬祭・その他 ()						

裏面に続きます

予防接種感染状況

接 種 状 況		感 染 状 況	
麻 疹 風 疹	1 期	2 期	感染した ・ 未
			感染した ・ 未
水ぼうそう	1 回目	2 回目	感染した ・ 未
おたふく	1 回目	2 回目	感染した ・ 未
アレルギー	なし ・ あり ()		
熱性けいれん	なし ・ あり	初回	歳 か月
		最終	歳 か月
		今までに	回
<p>その他登録時と変更がある場合はご記入ください。</p>			