

年 月 日

病児・病後児保育事業 利用申込書

フロイデキンダーガルテンひたちなか

申込者名

- 1 次のとおり、病児・病後児保育事業を利用したいので、主治医の連絡票を添付して申し込みます。
- 2 病児保育事業の利用期間中は、病児保育事業実施施設の指示に従います。
- 3 児童の状態が変化して病児・病後児保育事業での対応が困難になり、病児・病後児保育実施期間が利用を不相当と認めたときは、病児・病後児保育事業の利用の中止に同意します。

保 護 者	保護者氏名	続柄	緊急連絡先	
			連絡先	
	携帯電話		電 話	— —
			連絡先	
	携帯電話		電 話	— —

登 録 児 童	児童氏名	性別	生年月日	
	(ふりがな)		年 月 日	生まれ
	(歳 ヶ月)			
	住所 (〒 —)			
	通園施設等 ☐ 通園していない ☐ 通園している (施設名:)			
	かかりつけ医			
	医療機関名	()	電話	— —
	利用期間	申請時	年 月 日 ~	年 月 日 (日間)
	今回の病気について	病 名	今朝の体温 ℃	
		現在の症状 (当てはまるものをチェックしてください。)		
		☐ 発熱 ☐ 発疹 ☐ 咳 ☐ 鼻水 ☐ のどの痛み ☐ 腹痛		
		☐ 下痢 ☐ 吐き気 ☐ 食欲低下 ☐ 頭痛 ☐ めやに ☐ その他		
		通園施設等で流行っている病気 ☐ 無 ☐ 有 ()		
	栄養方法	処方薬 ☐ 無 ☐ 有 市販薬 ☐ 無 ☐ 有		
		☐ 授乳中 (☐ 母乳 ☐ 人工 ☐ 混合 c c / 回 × 回)		
☐ 離乳食 (☐ ドロドロ ☐ 舌でつぶせる ☐ 歯茎でつぶせる ☐ 歯でかめる)				
食事状況	☐ 普通食 ☐ アレルギー等による食事制限 ☐ 不必要 ☐ 必要			
	☐ 全面介助 ☐ 一人で食べるがこぼす ☐ 一人で食べる (はし・スプーン)			
行 動	☐ 寝ている ☐ 首がすわっている ☐ 寝返る ☐ 座る ☐ 這う			
	☐ 立つ ☐ 伝い歩き ☐ 歩行自由 ☐ 睡眠 (方法:)			
排 泄	☐ おむつ (排泄を教える 教えない) ☐ 時々おもらし ☐ 自立			
注意事項				