

様式第1号 (第8条関係)  
 三木町長殿  
 (実施施設の長) 殿

年 月 日

病児・病後児保育事業利用申込書

病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

利用施設	病児・病後児保育室 「まつばら」		
住所	保護者氏名	ⓐ	
	携帯番号		
ふりがな 児童名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 ( 歳) 体重 kg
利用日及び時間	年 月 日 時 分～ 時 分	児童を看護できない理由	1 勤務の都合 2 その他 ( )
通所 (通園・通学) 中の保育所 (幼稚園・小学校) 名			
緊急 連絡先	氏名	電話番号	続柄
	1		
	2		
	3		
お迎え予定時刻	時 分頃	お迎え予定 保護者氏名	(続柄 )

●家庭での様子 (当てはまる□にチェックを入れてください。)

	昨夜の様子	今朝の様子
体温 (°C)	<input type="checkbox"/> ~37 <input type="checkbox"/> 37~38 <input type="checkbox"/> 38~39 <input type="checkbox"/> 39~40	<input type="checkbox"/> ~37 <input type="checkbox"/> 37~38 <input type="checkbox"/> 38~39 <input type="checkbox"/> 39~40
乳幼児	<input type="checkbox"/> ミルク _____ ml <input type="checkbox"/> 離乳食前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期	<input type="checkbox"/> ミルク _____ ml <input type="checkbox"/> 離乳食前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期
食事量	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや少 <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 水分のみ	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや少 <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 水分のみ
水分量	<input type="checkbox"/> まずまず摂取 <input type="checkbox"/> 少量のみ	<input type="checkbox"/> まずまず摂取 <input type="checkbox"/> 少量のみ
薬	解熱剤 <input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 使用 (最後 時頃)	解熱剤 <input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 使用 (最後 時頃)
症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> セキ <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 不機嫌 <input type="checkbox"/> 不活発 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に→ )	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (何に→ )	
既往症	<input type="checkbox"/> 突発性湿疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> りんご病 <input type="checkbox"/> プール病 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	

●医師の指示欄 (かかりつけの医療機関 )

病名 症状	保育室 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 保育可 <input type="checkbox"/> 保育不可 安静度 <input type="checkbox"/> 安静 <input type="checkbox"/> 静かな遊び
指示	・持参の薬 ( <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 不要) ・水分 <input type="checkbox"/> 少しずつ <input type="checkbox"/> 欲しがるだけ コメント
昼食	・ <input type="checkbox"/> 普通食 ・ <input type="checkbox"/> 除去食 ( <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ・ <input type="checkbox"/> ミルク ( _____ ml) ・牛乳 <input type="checkbox"/> 与えてよい。 <input type="checkbox"/> 与えてはならない。

●病院確認欄

町負担額	半額 ・ 全額
------	---------