

病児・病後児保育利用申込書

年 月 日

氷見市長 へ

保護者 住所
氏名
電話

病児・病後児保育事業の利用を希望するので、次のとおり申し込みます。

フリガナ 児童氏名		愛称	性別	生年月日
			男・女	年 月 日生 歳 月
通園中の 園名				
かかりつけ 医				電話
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (時 分 ~ 時 分)			
緊急連絡先	第1希望	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯(父・母) <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他()		
	第2希望	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯(父・母) <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他()		
利用の事由 (保護者の状況)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他			
お迎え予定時間	時	分頃	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他()	

児童の状況

診断名				
症状				
体温	℃	解熱剤の使用 なし・あり		(最終 :)
排泄	<input type="checkbox"/> ひとりでできる(立って・座って) <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中 <input type="checkbox"/> オムツ			
お昼寝	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> しない			
	午前(: ~ :) 午後(: ~ :)			
入眠時	<input type="checkbox"/> ひとりで <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> トントン <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> 横向き			
症状	咳	多い・少ない・なし	嘔吐	なし・あり(回)
	鼻水	多い・少ない・なし	下痢	なし・あり(回)
	喘鳴	多い・少ない・なし	発疹	なし・あり(部位)
水分量	いつもと比べて 普通 ・ 少量			

食 事	乳 児	ミ ル ク	母乳・ミルク・混合 1回量 () cc 回数： /日 時間おき
		離 乳 食	初期 ・ 中期 ・ 後期 回数： /日
	幼 児	食事状況	介助が必要 ・ 自分で (手づかみ・スプーン・フォーク・箸)
		食 事 量	よく食べる ・ 普通 ・ 食が細い ・ むらがある
		好き嫌い	好きな食べ物： 嫌いな食べ物
処方された内服薬		なし ・ あり (朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 就寝前)	
遊 び	好きな遊び：		
体 質 等	体質・アレルギー及び癖など留意すべき事項について記入してください。		
そ の 他	保育中に配慮が必要なことがあれば記入してください。		