

様式第3号(第9条関係)

保護者記入

※駒ヶ根市及び実施施設使用欄

登録番号：

駒ヶ根市病児・病後児保育利用申請書

平成 年 月 日

(宛先)実施施設の長 様

利用者 住所

氏名

印

病児・病後児保育利用中は実施施設の指示に従い、実施施設の医師が必要と認めたときは、診療を受けることを承諾します。

なお、記入した個人情報及び医師連絡票の内容について、駒ヶ根市及び実施施設で共有することを承認します。

[この欄は、必ず記入してください。]

利用者氏名(保護者)	児童氏名
児童との続柄( )	(ふりがな)
	(男・女)
	(生年月日) 平成 年 月 日生( 歳 月)

[この欄は、駒ヶ根市病児・病後児保育利用登録申請書に記載したものに変更がない場合は、記入を省略できます。]

連絡先	※すべて記入し、緊急連絡先の□にはレ印を記入
	<input type="checkbox"/> 自宅
	<input type="checkbox"/> 携帯
	<input type="checkbox"/> 勤務先 (名称： )

## 保護者からの連絡票

平成 年 月 日

ふりがな 児童氏名		性別（男・女）
希望時間	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分	
お迎えに来る方	氏名 <span style="float: right;">病児との続柄</span>	
病気などの経過	今回の病気についてお答えください。 ◆いつから？ 月 日（ ）（午前・午後） 時頃から ◆主な症状は？  ◆心配なこと・伝えておきたいことは？	
アレルギー	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 食物：牛乳 <input type="checkbox"/> 、卵 <input type="checkbox"/> 、小麦 <input type="checkbox"/> 、大豆 <input type="checkbox"/> 、そば <input type="checkbox"/> 、その他（ ）	
熱性けいれん	なし <input type="checkbox"/> あり(時期： 歳 月)	
保育園・学校で 流行している病気	インフルエンザ・麻疹・水ぼうそう・おたふくかぜ・胃腸炎 手足口病・その他（ ）	
今日の健康状態	昨日の最高熱 ℃	今朝の熱 ℃
	咳：多・少・無 ぜーぜー(喘鳴)：有・無 鼻水：多・少・無 食欲：有・無 嘔吐：有( 回)・無 発疹：有(部位 )・無	便：普通・軟便・下痢 尿：多い・普通・少なめ 機嫌：良い・悪い 睡眠：良い・不眠 ( 時 ~ 時 )
おくすり	◆内服薬 有・無 ◆坐薬 有・無 ◆その他 有( 吸入など)・無 ◆内容⇒ <input type="checkbox"/> お薬手帳を参照(該当の場合は <input type="checkbox"/> にレ記入してください) 手帳に記載のない場合、わかる範囲で下記に記入してください  ◆飲ませ方(水に溶くなど)： ◆頓服投薬時間 解熱剤⇒ 日 時 分頃 / 日 時 分頃 けいれん止め⇒ 日 時 分頃 / 日 時 分頃 吐き気止め⇒ 日 時 分頃 / 日 時 分頃	
その他 (主治医からの指示等があればご記入ください)		