

様式第3号(第9条関係)

保護者記入

※中川村及び実施施設使用欄

登録番号：

中川村病児・病後児保育利用申請書

年 月 日

(宛先)実施施設の長 様

利用者 住所

氏名



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、中川村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) 年 月 日生(歳 月) |

[この欄は、中川村病児・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

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 病児との続柄 | |
| 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 有 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 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) | | |